

ANNALES  
DES MALADIES  
DE L'OREILLE, DU LARYNX  
DU NEZ ET DU PHARYNX

---

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE FRÈRES

---

MM.  
CUVI  
MO  
GAR  
VACH  
LIC  
F. S  
SCH  
RUT  
JAC  
LANG  
E  
C. C  
S  
SÉC

RE

LETU  
NIMI  
COYN  
R  
I

# ANNALES

## DES MALADIES

# DE L'OREILLE, DU LARYNX

## DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

**A. COUGUENHEIM** ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les D<sup>rs</sup> AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, GRINER, LÖEWENBERG, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER, LANNÔIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, COLLET, agrégé de la Faculté de Lyon, VACHER (Orléans), COURTOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen), LICHTWITZ (Bordeaux), DUGARDIN (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans), F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne-sur-Mer), SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), DELSTANGHE, CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS (Liège), P. KOCH (Luxembourg et Nancy), SZENES, NEUMAN (Budapest), RUTTEN (Namur), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER, CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER, KIRSTEIN (Berlin), ZIEM (Danzig), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERVY, T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres), LABUS (Milan), C. CORRADI (Vérone), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples), FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL, SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELAN (New-York), SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAUX, TERRIER et BERGER, D<sup>rs</sup> DE SAINT-GERMAIN, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, RECLUS, BROCA, PICQUÉ et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, D<sup>rs</sup> J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUGHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, NETTER et LAUNOIS, médecins des hôpitaux de Paris, NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon, COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, D<sup>rs</sup> LEVAL, HISCHEMANN, R. LEUDET, PLICQUE, P. LE NOIR, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER, DUDEFOY, GASTOU et M<sup>me</sup> NAGEOTTE, ex-internes des hôpitaux de Paris, MICHEL-DANSAC et LAURENS, internes des hôpitaux de Paris.

**TOME XXII — 1896**

SECONDE PARTIE

**PARIS**

**MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

Agents en Amérique : P. BLAKISTON, SON ET C<sup>ie</sup>

1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

1896





ANNALES  
DES MALADIES DE  
L'OREILLE, DU LARYNX  
DU NEZ ET DU PHARYNX

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LES NOTATIONS ACOUMÉTRIQUES

Par le D<sup>r</sup> Paul RAUGÉ (1)

Tous les appareils sensoriels sont susceptibles d'éprouver, par le fait de la maladie, des variations d'activité qui tiennent dans le diagnostic une place considérable. Comme cet amoindrissement fonctionnel peut parcourir tous les degrés qui séparent l'état normal de la perte absolue de la fonction, il importe au clinicien non seulement d'en constater l'existence, mais d'en apprécier l'étendue : c'est une quantité clinique qu'il faut apprendre à mesurer.

Les procédés qui nous permettent d'effectuer cette mesure diffèrent naturellement selon la forme de sensibilité qu'il s'agit d'interroger, et les divers organes des sens sont très iné-

(1) Communication au *Congrès de Carthage* (avril 1896).

galement partagés au point de vue de la façon dont on sait, à l'heure actuelle, explorer et traduire par une formule l'état de leur fonctionnement. S'agit-il d'évaluer, par exemple, la valeur de la sensibilité cutanée, on se contente de chercher à quelle distance minima le sujet est capable de dissocier la double sensation produite par les pointes, plus ou moins écartées, d'un compas esthésiométrique : c'est le chiffre de cet écartement qui servira à exprimer le degré d'anesthésie de la peau. Je ne parle pas des autres formes de la sensibilité générale, sensibilité à la douleur, aux températures, sensibilité musculaire : leur évaluation clinique est au moins aussi primitive, leur formule aussi rudimentaire que celle du toucher proprement dit. Les appareils du goût et de l'odorat sont moins favorisés encore : malgré de louables essais pour évaluer exactement leurs dégradations pathologiques, je ne sache pas qu'il existe un moyen cliniquement pratique de mesurer le degré de l'anosmie, ni qu'il soit possible d'exprimer par un chiffre quelconque ce que l'on pourrait appeler l'acuité gustative. Jusqu'ici, le seul appareil dont nous sachions apprécier et traduire par une formule exacte la situation fonctionnelle est celui de la vision. Cette supériorité tient, sans doute, à ce que les conditions d'exploration sont ici beaucoup plus précises que pour les autres organes sensoriels. Mais elle est due surtout à ce que les ophtalmologistes se sont depuis longtemps entendus pour établir leurs évaluations d'après une formule uniforme, qui rend toutes les observations comparables : ils ont convenu de rapporter toutes les acuités visuelles à une unité invariable, qui est l'acuité d'un œil normal, d'apprécier toutes les acuités pathologiques en les comparant à cette unité, et d'en représenter la valeur par une fraction qui exprime mathématiquement ce rapport.

Les otologistes, malheureusement, ne se sont pas résolus jusqu'ici à introduire une convention de ce genre dans les estimations acoumétriques. Prout et Knapp ont bien, il est vrai, tenté cette réforme si désirable et proposé fort à propos d'uniformiser les notations en estimant toutes les valeurs de l'audition par rapport à l'acuité normale. Mais, sans compter que leur formule est, ainsi que nous le verrons, mathémati-

quement inexacte, son application pratique ne s'est point généralisée ; c'est à peine si les traités la citent en passant, pour mémoire, et chaque auriste continue à mesurer comme il l'entend et à formuler à sa guise la valeur de l'acuité auditive ; bref le plus complet arbitraire règne encore dans la façon de mesurer et d'exprimer l'état fonctionnel de l'audition. Aussi, ne faudrait-il pas croire que le mot *acuité auditive* possède la valeur précise du terme *acuité visuelle*. Tandis que le dernier représente une quantité mathématique qu'un chiffre suffit à exprimer, l'acuité auditive, au contraire, est un je ne sais quoi d'assez vague qu'il serait fort malaisé de définir, et qui se mesure à volonté soit par la distance où l'oreille cesse d'entendre certains sons, soit par le temps pendant lequel elle perçoit les vibrations d'un diapason, soit enfin par l'intensité du courant qui actionne un audiomètre électrique. Si bien que cette seule et même chose, qu'on appelle l'acuité auditive, va se trouver représentée en centimètres, en secondes ou en milliampères, suivant le procédé dont on aura fait usage pour en mesurer la valeur.

Je sais bien que, dans la pratique, on emploie, à peu près constamment la première de ces méthodes, celle qui consiste à évaluer l'audition d'après la distance maxima où un bruit conventionnel est entendu, et que l'acuité auditive est généralement représentée par une longueur. Mais comme les sources sonores dont on se sert pour ces recherches sont de natures très variables, la distance où elles sont perçues est une mesure de convention qui ne donne en aucune manière la valeur absolue de l'audition ; c'est un chiffre parfaitement arbitraire qui dépend de l'instrument employé autant que de l'ouïe du sujet.

On sait comment s'exécute cet examen : on apprécie plus ou moins exactement l'extrême distance à laquelle le malade est capable de percevoir soit le bruit d'un acoumètre spécial, soit le tic-tac d'une montre, soit la parole chuchotée ou articulée à voix haute. Puis on écrit dans l'observation : l'acoumètre, ou la montre, ou la voix sont entendus à telle ou telle distance. Or croyez-vous que ce renseignement éclairera suffisamment un lecteur qui ignore quelle intensité sonore

avaient la voix ou les instruments de l'auteur de l'observation ? Croyez-vous surtout qu'il soit possible, avec des documents pareils, d'établir un parallèle utile entre des faits de provenance différente ? Voici, je suppose, deux cas recueillis par deux observateurs : dans le premier, il nous est dit que la parole à voix basse est entendue à quatre mètres ; on nous apprend, dans le second, que le malade entend la montre jusqu'à 80 centimètres. Pourrions-nous dire, d'après cela, lequel des deux malades est le plus sourd ? Pourrions-nous même avoir une idée sur le degré de surdité de chacun d'eux ? Bien mieux, pourrions nous affirmer qu'ils sont ou qu'ils ne sont pas sourds, puisque la formule qui exprime l'état de leur sensibilité auditive n'établit aucune relation entre cet état et l'état normal ?

Je vais plus loin, et j'imagine qu'au lieu de sources sonores différentes, on ait employé, dans les deux cas, des instruments de même espèce : voilà cette fois deux malades examinés l'un comme l'autre au moyen du tic-tac de la montre. Croit-on que leurs formules auditives seront pour cela plus uniformes et que, pour comparer la valeur de leurs acuités respectives, il suffira de comparer les deux distances où la montre a été entendue ? Aucunement, car le bruit de la montre qui a servi au premier observateur n'avait sûrement pas la même intensité que celui de la montre employée par le second ; d'où il suit que, lorsqu'on compare les distances où ces bruits sont perçus, on compare, en réalité, deux choses entièrement dissemblables. Pour que la notion de distance puisse servir de mesure à l'audition, il faudrait que nous possédions une source sonore uniforme, d'intensité toujours pareille, et qui fournit à tous les faits observés un terme de comparaison constant. Or l'industrie ni la nature n'ont pu, jusqu'à présent, mettre à la disposition des otologistes une commune mesure sonore permettant de comparer les acuités auditives comme le mètre sert à comparer des longueurs ou le gramme à mesurer des poids. S'il existait un instrument qui fût entre les mains de tout le monde et fournit pour tous les examens un son de même intensité, il est certain que l'acuité auditive ne dépendrait plus que de la distance où serait perçu ce son étalon et serait exac-

tement mesurée par les variations de cette distance. Mais on sait que la réalisation de cette unité acoumétrique est encore un problème à résoudre, et que la montre aussi bien que l'acoumètre, la voix comme le diapason, représentent des sources sonores essentiellement variables et qui ne peuvent directement servir d'instruments de mesure. Deux formules acoumétriques exprimées sous la forme précédente ne sont en réalité comparables que si elles ont été établies au moyen du même instrument.

Il s'en faut, du reste, beaucoup que ce procédé de notation, qui traduit l'acuité par une distance, fournisse un renseignement très utile et soit cliniquement bien instructif. Il m'importe assez peu d'apprendre à quelle distance un malade entend la montre ou l'acoumètre, si je ne sais en même temps la distance où ces mêmes instruments sont entendus par une oreille saine. Ce qui m'intéresse, en effet, ce qui intéresse le malade, ce n'est pas la façon absolue dont il entend tel ou tel son d'épreuve, mais la façon dont il entend en comparaison d'un sujet sain ; c'est, en un mot, le rapport qui existe entre l'audition qu'il possède et celle qu'il devrait avoir si son oreille était normale.

Pour que la formule de l'acuité auditive indique immédiatement ce rapport, il suffira de l'exprimer sous la forme que les ophtalmologistes ont imposée à celle de l'acuité visuelle, c'est-à-dire qu'il faut prendre pour unité l'acuité physiologique et s'en servir pour mesurer toutes les acuités anormales. En adoptant cette commune mesure, indépendante des instruments de mensuration, on n'aura pas seulement l'avantage de rendre toutes les observations comparables ; on réalisera, par surcroît, un mode de notation infiniment plus suggestif que les formules numériques où la valeur de l'audition est exprimée en mètres et en centimètres. Si l'on me dit que le malade entend l'acoumètre à 4<sup>m</sup>,50, je me trouve fort peu renseigné sur la part d'audition qu'il a perdue et sur celle qu'il a conservée. Mais si j'apprends que son acuité auditive est le  $\frac{1}{4}$  de l'acuité normale, je suis immédiatement fixé sur la déchéance qu'a subie son audition, puisque je suis en posses-

sion d'un chiffre qui exprime mathématiquement le degré de cette déchéance.

Il nous reste donc à rechercher comment il convient de s'y prendre pour faire intervenir dans la mesure de l'audition cette notion de l'acuité normale et pour exprimer uniformément tous les degrés d'acuité pathologique en fonction de cette unité. Comme il ne s'agit, à tout prendre, que d'étendre à l'otologie les procédés de notations usités en oculistique, on me permettra de rappeler en peu de mots la méthode employée par les ophtalmologistes pour mesurer l'acuité visuelle et en formuler la valeur.

Tout le monde connaît les échelles typographiques communément employées pour cet usage. C'est une série de lignes imprimées en caractères de dimensions différentes, les plus fins répondant d'ordinaire à la ligne inférieure du tableau. On a préalablement recherché quelle est, pour chacune de ces lignes, la distance où un œil normal peut la lire distinctement, et le chiffre représentant cette distance est inscrit une fois pour toutes à côté de la ligne correspondante. Les dimensions des caractères sont généralement calculées de façon que la ligne supérieure puisse être lue à 50 mètres, tandis que les plus petites lettres, celles de la ligne inférieure, ne sont distinguées qu'à 5 mètres. Ceci posé, deux moyens se présentent pour évaluer l'acuité visuelle : le premier consiste à ne faire usage que d'une quelconque des lignes du tableau et à prendre comme mesure de l'acuité la distance où cette ligne peut être lue, ou plutôt le rapport entre cette distance et celle où les mêmes caractères seraient lus par un œil normal. Si, par exemple, le sujet ne reconnaît qu'à 4 mètres les lettres qui, normalement, doivent être très distinctes à 20 mètres, c'est que son acuité visuelle n'est plus que le  $\frac{1}{5}$  de l'acuité normale. C'est cette fraction  $\frac{1}{5}$  qui représente sa formule optométrique, et tout le monde sait ce qu'il faut entendre quand on lit dans une observation :  $V = \frac{1}{5}$ .

Cette première façon de procéder, qu'on pourrait appeler méthode des distances variables, est la seule, nous le verrons, qui puisse s'appliquer en otologie. Mais, outre qu'elle a le désavantage d'obliger, pendant l'examen, à déplacer le malade

ou le tableau, elle présente, en oculistique, l'inconvénient plus sérieux de faire intervenir, en variant les distances, des questions d'accommodation qui peuvent troubler les résultats. Aussi les ophtalmologistes lui préfèrent-ils, dans la pratique, un autre procédé plus commode, celui des distances constantes. Il consiste à faire varier non plus la position du malade par rapport à l'objet qu'on lui soumet, mais la dimension de cet objet : c'est alors cette dimension, comme tout à l'heure la distance, qui mesure l'acuité visuelle. On utilisera donc, en ce cas, non plus une seule ligne du tableau, mais toute la série de ces lignes. Le malade, placé à 5 mètres, c'est à dire à la distance normale où les caractères les plus fins doivent être nettement distingués, essaie d'abord de lire la ligne inférieure. S'il ne peut pas y réussir, il remonte les lignes du tableau jusqu'à ce qu'il en rencontre une dont il reconnaisse toutes les lettres. Il est évident que, dans ce cas, la mesure de l'acuité est fournie non plus par un rapport de distances, mais par un rapport de dimensions, celui de la grandeur des lettres que le malade peut distinguer à la grandeur de celles qu'il devrait reconnaître si son acuité était normale. S'il ne peut lire, par exemple, que des caractères 5 fois plus gros que ceux de la ligne inférieure, c'est que son acuité est réduite au  $1/5$  de l'acuité normale, et nous nous trouvons amenés, par une voie un peu différente, à la même formule que plus haut :  $V = 1/5$ . On sait que, pour éviter tout calcul, un chiffre écrit en face de chaque ligne représente l'acuité visuelle correspondant à cette ligne, c'est à dire l'acuité d'un œil capable de lire cette ligne à la distance où un œil normal doit lire les plus petites lettres du tableau.

Essayons maintenant d'appliquer ces données à la mesure de l'acuité auditive. On peut partir de ce principe que l'état de la sensibilité d'une oreille saine ou malade est exactement mesuré par l'intensité du son minimum nécessaire à l'impressionner. Or, quelle que soit la nature de la source sonore employée pour explorer l'audition, la puissance avec laquelle elle affecte le nerf auditif est, comme disent les mathématiciens, fonction de deux éléments distincts : l'énergie propre de la source sonore et la distance à laquelle elle agit. Il suffira par conséquent de faire indifféremment varier l'un ou l'autre de

ces deux facteurs, le second demeurant constant, pour trouver l'intensité sonore qui mesure l'audition observée. La valeur de cette intensité, partant celle de l'acuité correspondante, dépendra uniquement des valeurs que prendra celui des deux facteurs précédents que nous aurons fait variable. On voit donc qu'ici, comme tout à l'heure pour l'acuité visuelle, nous allons avoir à choisir entre deux procédés d'estimation : ou bien placer à une distance fixe une source sonore variable et diminuer l'intensité du son jusqu'à ce qu'il cesse d'être perçu ; ou bien employer, au contraire, un son d'intensité constante et faire varier l'éloignement de l'oreille à la source sonore : on retrouve là les deux méthodes que nous appelions tout à l'heure méthode des distances fixes et méthodes des distances variables.

Nous avons vu que la première, étant plus commode et plus simple, était celle à qui les ophtalmologistes donnaient généralement la préférence. Malheureusement, son emploi rencontre, en acoustique, des difficultés particulières. Il faudrait, pour qu'on pût l'appliquer aux mensurations auditives, que nous possédions une source sonore capable de produire des sons d'intensité variable et d'intensité mesurable ; c'est-à-dire qu'il faudrait avoir une véritable échelle acoumétrique comparable aux échelles optométriques des tableaux de Snellen ou de de Wecker. Or cette graduation, facile à réaliser en optique, est jusqu'à présent impossible à obtenir en acoustique. Pour établir une échelle optométrique, il suffit de tracer une première ligne de caractères dont les dimensions sont calculées de façon qu'à une distance de 5 mètres l'œil les voie sous un angle de 5 minutes : on a ainsi les caractères les plus fins qu'un œil normal puisse lire à cette distance. Quant aux lettres des autres lignes, leur grandeur est proportionnelle à la distance où elles doivent normalement être lues : c'est-à-dire que si la ligne inférieure, qui doit être distinguée à 5 mètres, a des lettres de 3 millimètres, la ligne marquée 50 mètres sera formée de caractères ayant 3 centimètres de hauteur. Rien de plus facile, on le voit, que de graduer cette échelle : c'est une simple question de proportion entre les dimensions des caractères et la distance où l'œil normal doit les reconnaître.



Il n'existe, pour le moment, aucun procédé qui permette d'établir une graduation analogue dans les sons expérimentaux qui servent à explorer l'audition. On ne connaît, nous l'avons vu, aucun instrument susceptible de fournir à tous les observateurs un son d'intensité identique. A plus forte raison est-il impossible d'obtenir une série de sons qu'on puisse faire croître et décroître en leur donnant à volonté une intensité définie. Je sais bien qu'il existe des appareils permettant, par différents dispositifs, de varier l'intensité des sons. C'est ainsi, pour ne citer que les plus récents, que, dans l'audiomètre électrique imaginé par M. Moure, le son produit par le claquement d'un téléphone peut être augmenté ou diminué en faisant varier l'intensité du courant. C'est encore dans le même but que M. Lichtwitz a proposé l'application du phonographe aux mensurations acoumétriques, que M. Hélot a fait construire un acoumètre dans lequel le son est gradué par son passage à travers des diaphragmes de différents diamètres, qui atténuent l'intensité sonore comme les diaphragmes d'objectifs atténuent l'intensité de la lumière. Mais si ces instruments permettent de faire varier l'intensité du son, ils ne la font pas varier dans des proportions déterminées et exactement mesurables ; ce sont bien, si l'on veut, des échelles acoumétriques, mais des échelles non graduées, ou du moins graduées d'une façon toute conventionnelle, car il n'est nullement démontré que l'intensité du son obtenu soit mesurée par les milliampères du courant dans l'appareil de M. Moure ou par le diamètre des diaphragmes dans celui de M. Hélot.

On voit donc qu'il est impossible d'estimer l'acuité auditive d'après les variations d'intensité portant sur la source sonore, ces variations étant elles-mêmes des quantités qui nous échappent et que nous ne savons pas mesurer. Aussi nous trouvons-nous forcés d'appliquer aux mensurations acoumétriques les variations d'un autre facteur, dont l'influence sur l'intensité du son est exactement déterminée par une simple loi d'acoustique : je veux parler de la distance où se trouve la source sonore par rapport à l'oreille observée. Nous n'aurons garde toutefois de nous servir de ce facteur pour exprimer directement la valeur de l'acuité auditive : j'ai suffi-

samment insisté sur la nécessité qu'il y a, pour obtenir une formule générale, à mesurer cette acuité en fonction de l'audition normale. La notion de la distance entre l'oreille et la source sonore ne doit donc être, en pareil cas, qu'une sorte d'intermédiaire nous permettant de comparer la valeur de l'acuité normale à celle de l'oreille observée. Il en résulte que, dans cette recherche, nous pouvons indifféremment faire usage d'une source sonore quelconque, puisque cet élément arbitraire disparaît dans la formule définitive, pour faire place à un rapport abstrait qui ne peut changer de valeur quel que soit le moyen matériel qui a servi à le mesurer.

Ceci posé, l'observateur fait choix d'une source sonore, montre, acoumètre, etc., qui lui servira désormais à toutes les observations de ce genre. Il commence par étalonner cet instrument par rapport à l'audition normale; j'entends par là qu'il vérifie, et cela une fois pour toutes, à quelle distance maxima cet appareil est entendu par une oreille d'acuité normale. Admettons, pour fixer les idées, que cette distance soit égale à 3 mètres. Supposons maintenant qu'un malade entende l'instrument à 1 mètre. Il en résulte évidemment que ce malade n'est capable que de percevoir un son neuf fois plus intense que ne l'entend un sujet sain, puisque l'intensité du son est inversement proportionnelle au carré de l'éloignement: ce qui prouve, en définitive, que l'acuité du sujet observé est réduite au  $\frac{1}{9}$  de l'acuité normale; et c'est ce rapport  $\frac{1}{9}$  qui représente, dans le cas actuel, la formule de l'acuité auditive. D'où la règle pratique suivante: mesurer la distance maxima à laquelle une oreille normale entend l'instrument d'exploration. Pratiquer la même recherche sur l'oreille qu'il s'agit d'observer. L'acuité de cette dernière est représenté par le carré d'une fraction ayant pour dénominateur la distance correspondant à l'audition normale et pour numérateur la distance trouvée pour l'oreille malade; ce qu'on écrira  $A = \left(\frac{d}{D}\right)^2$ .

Cette formule, comme on le voit, diffère très sensiblement de celle qui a été proposée par Prout et Knapp. Ces auteurs, ne tenant pas compte de la loi physique qui régit la propagation des ondes sonores, expriment l'acuité auditive par le

simple rapport des distances,  $\frac{d}{D}$ , et non par le rapport de leurs carrés, c'est-à-dire que la formule auditive revêt pour eux la même forme que celle de l'acuité visuelle. Or, si cette formule est vraie pour les examens optométriques, où le diamètre apparent des caractères varie simplement comme leur distance, elle cesse complètement d'être exacte quand on l'applique aux essais acoumétriques, dans lesquels l'intensité du son est inversement proportionnelle non plus à l'éloignement de la source sonore, mais au carré de cet éloignement. On peut d'ailleurs juger quelle cause d'erreur cette simplification trop commode introduit dans les résultats, si l'on songe que, dans le cas que nous avons pris plus haut pour exemple, elle conduirait à attribuer une valeur de  $1/3$  à une acuité auditive qui, de par toutes les lois de l'acoustique, est en réalité égale à  $1/9$ .

Je veux, avant de terminer, aller au devant d'une objection dont je ne chercherai point à nier la valeur : c'est que cet acuité normale, qui doit servir de mesure aux variations pathologiques de l'audition, est elle-même une quantité fort variable et qui peut, d'un sujet à l'autre, osciller dans d'assez larges limites. Peut-être suffirait-il de répondre que l'acuité visuelle normale ne représente pas, à tout prendre, une valeur beaucoup plus fixe, ce qui n'a pas empêché les ophtalmologistes de l'accepter comme unité. Toutefois il faut reconnaître que la valeur de l'audition, même sans sortir des limites de ce qu'on eut convenu d'appeler l'état normal, est sujette à des différences individuelles particulièrement étendues : aussi serait-il toujours bon de n'établir cette valeur que sur l'examen comparé d'un certain nombre de sujets normaux, dont on déduira une moyenne. Comme l'âge, en particulier, apporte, en dehors de toute maladie, d'énormes différences dans l'étendue de l'audition, il serait évidemment injuste de prendre pour base de calcul une valeur de l'acuité normale applicable en bloc à tous les sujets. Pour atténuer, autant qu'il est possible, cette cause inévitable d'erreur, le seul moyen serait peut-être d'établir conventionnellement une sorte de groupement suivant les âges, par période de 5 années par exemple, d'établir pour

chacune de ces périodes la valeur particulière de l'acuité normale et de répartir chaque sujet dans le groupe qui lui serait attribué par son âge. C'est-à-dire que dans la formule générale de l'acuité auditive, le terme  $D$ , que nous supposons tout à l'heure invariable, prendrait des valeurs progressivement décroissantes à mesure que l'observation porterait sur un sujet plus âgé.

---

UN CAS DE SYPHILIS LARYNGÉE TERTIAIRE  
CHEZ UN ADULTE  
CRISES DE SUFFOCATION ; TUBAGES RÉPÉTÉS ;  
GUÉRISON

Par M. **SARGNON**, préparateur à la Faculté de Médecine,  
interne des Hôpitaux de Lyon.

Au cours d'une suppléance d'interne, faite au mois de septembre dernier, dans le service de M. Garel, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de syphilis laryngée tertiaire avec crises asphyxiques, traitées avec succès par le tubage. M. Garel nous a obligeamment autorisés à le publier, nous l'en remercions.

Il s'agit d'un sous-officier de l'armée d'Afrique, âgé de 35 ans, en congé à Lyon et dont voici l'observation.

Ce malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; on note un peu d'alcoolisme ; impaludisme contracté en Afrique. Il jouit néanmoins d'une excellente santé et paraît très vigoureux.

Il y a 7 ans, étant militaire à Grenoble, il contracte un chancre induré de la verge ; deux mois après l'accident primitif, le malade a de la céphalée surtout nocturne, de l'alopecie, du psoriasis palmaire et de l'adénopathie cervicale. Il n'aurait jamais eu, dit-il, de plaques muqueuses bucco-pharyngées ; absence complète de dysphagie ; mais la voix devient rauque, lors de l'apparition de ces accidents secondaires.

Après deux mois de traitement par les frictions mercurielles, tous ces phénomènes disparaissent. Pourtant la raucité de la voix reparait par moment, sans phénomènes douloureux ni dysphagie concomitantes. Le malade depuis lors n'a jamais présenté d'accident syphilitique cutané.

Il y a six mois, la voix redevient rauque ; légère douleur spontanée et à la pression au niveau du larynx ; toujours pas de dysphagie. Ces phénomènes restent stationnaires jusqu'au milieu de septembre dernier ; depuis cette époque le malade présente une vive oppression dans l'effort, de la dyspnée surtout nocturne, supprimant tout sommeil ; dans la nuit du 22 au 23 septembre la dyspnée est continue avec tirage et cornage, sans crises asphyxiques néanmoins. Le lendemain matin M. Garel voit le malade dans son cabinet ; à l'examen laryngoscopique il constate un rétrécissement considérable de l'orifice glottique représenté simplement par une fente de deux à trois millimètres de largeur ; les cordes vocales sont déformées, recouvertes en grande partie par les bandes ventriculaires hypertrophiques et bourgeonnantes ; pas d'ulcération apparente ; l'épiglotte est saine.

M. Garel fait entrer le matin même le malade dans son service et le tube à neuf heures et demie du matin au laryngoscope avec l'appareil d'O'Dwyer et une canule métallique de petit calibre, munie à son extrémité supérieure d'un double fil, permettant une facile extraction. L'amélioration est immédiate ; les phénomènes asphyxiques disparaissent aussitôt.

A dix heures et demie le tube est expulsé spontanément au cours d'un accès de toux, survenu immédiatement après le repas. L'asphyxie reparait aussitôt. Nous pratiquons immédiatement le tubage au laryngoscope et administrons au malade 0<sup>sr</sup>,08 d'extrait thébaïque pour calmer les quintes de toux. Deux heures après le tube est expulsé de nouveau, au cours d'un accès de toux, provoqué par l'ingestion de liquide ; nouveau tubage immédiat. A cinq heures du soir, expulsion spontanée du tube ; tubage immédiat au laryngoscope. Nous faisons une injection de 0<sup>sr</sup>,01 de chlorhydrate de morphine pour calmer les quintes de toux et le tube reste en place toute la nuit.

Le 24 au matin expulsion du tube ; nouveau tubage à neuf heures et demie du matin. Dans la même journée le tube a été expulsé six fois, toujours à la suite d'accès de toux provoqués par la déglutition. On administre un traitement ioduré intensif (6 grammes d'emplée) et l'on supprime l'alimentation buccale, que l'on remplace par quatre lavements alimentaires.

Dans la soirée du 24 au 25 septembre, le malade garde son tube depuis six heures et demie jusqu'à onze heures ; le reste de la nuit se passe tranquillement, sans phénomènes asphyxiques et nous attendons jusqu'au lendemain matin pour pratiquer un

nouveau tubage à neuf heures et demie du matin. Expulsion spontanée du tube à deux heures de l'après-midi ; à six heures du soir, nous essayons de le remettre, il est rejeté deux fois de suite dans des accès de toux (le malade venait immédiatement de manger) ; à la troisième tentative le tube reste en place. Pour diminuer les quintes de toux, on administre l'iodure de potassium par voie rectale, 2 grammes par lavement alimentaire, soit 8 grammes par jour ; frictions mercurielles concomitantes. Le tube reste en place jusqu'à deux heures du matin et le reste de la nuit se passe sans grande dyspnée.

Le 26 septembre au matin, réapparition des phénomènes asphyxiques ; nouveau tubage ; expulsion spontanée du tube vers une heure de l'après-midi ; tubage à six heures du soir avec une canule métallique plus volumineuse, qui est expulsée deux heures après. Nous remplaçons alors l'ancien tube, que le malade garde jusqu'à deux heures du matin.

Le 27 au matin la dyspnée reparait très intense avec tirage et cornage ; nous introduisons un tube très volumineux en ébonite ; il est aussitôt expulsé et remplacé par un tube métallique de calibre un peu moindre.

Au niveau du cou, on constate un léger œdème sans phénomènes douloureux. A ce moment, M. Garel se demande, s'il ne vaut pas mieux pratiquer une trachéotomie, et décide de continuer les tubages, pour amener de la dilatation glottique. Deux heures après, expulsion spontanée du tube et phénomènes asphyxiques immédiats ; nous tubons le malade avec une canule métallique de moyen calibre, qui est rejetée au bout de trois heures et remplacée par un tube en métal de gros calibre, que nous enfonçons profondément dans le larynx ; ce tubage est suivi de quintes de toux très intenses, qui n'amènent cependant pas l'expulsion de l'appareil ; injection immédiate 0<sup>gr</sup>,01 de chlorhydrate de morphine. Depuis lors le malade garde continuellement son tube ; on supprime les lavements alimentaires, alimentation lactée par voie buccale. Le malade prend toujours 8 grammes d'iodure de potassium avec frictions mercurielles quotidiennes.

2 octobre. Bon état général ; on commence une alimentation solide ; l'œdème du cou a disparu ; légère douleur à la pression au niveau du larynx ; un peu de dysphagie et de salivation, que l'on combat par des gargarismes de chlorate de potasse. Pas d'abolition de la voix, malgré la présence du tube ; le malade se fait même comprendre assez facilement.

*3 octobre.* La ficelle reliant la canule à l'extérieur se casse et est expulsée. M. Garel essaye inutilement d'extraire la canule avec la pince d'O'Dwyer ; à l'examen laryngoscopique, il constate que l'extrémité supérieure du tube est logée immédiatement au-dessous des cordes vocales supérieures.

*5 octobre.* Le tube est extrait très difficilement avec l'extracteur d'O'Dwyer. Aussitôt après le malade éprouve une dyspnée passagère, due à un spasme de la glotte, qui disparaît rapidement ; puis la respiration redevient calme et s'effectue avec plus de facilité qu'auparavant.

*8 octobre et jours suivants.* Le malade va bien, l'état général est bon ; l'appétit est revenu ; la dyspnée a beaucoup diminué ; encore quelques quintes de toux dues à l'obstruction du conduit laryngé par les mucosités.

*19 octobre.* Le malade respire beaucoup mieux ; tous les soirs on le tube et l'appareil reste en place toute la nuit ; le matin le malade l'enlève, pour faciliter l'alimentation.

Le malade prend 6 grammes d'iodure par jour.

*20 octobre.* Pour produire de la dilatation laryngée, on laisse le tube en place jusqu'au 12 novembre, le malade supporte très bien son tube.

*12 novembre.* M. Garel, pratiquant l'examen laryngoscopique, constate que le tube est fixé profondément dans le larynx ; son extrémité supérieure est recouverte de chaque côté par un bourrelet de la muqueuse sus-glottique, retombant sur les parties du pavillon sans obstruer l'orifice ; à l'examen on n'aperçoit donc que la lumière du tube et non le tube lui-même ; cette disposition, très gênante pour l'extraction, explique l'absence complète de dyspnée.

M. Garel essaye inutilement d'enlever le tube avec l'extracteur d'O'Dwyer en passant d'abord au-dessus de la ligne médiane de la langue, puis latéralement et en dehors de cet organe pour avoir une épaisseur moindre de parties molles à déprimer. Cet insuccès est dû à la courbure trop accentuée, ou plutôt à la coudure presque à angle droit que présente cet extracteur.

En effet, considérons une coupe vertico-médiane et antéro-postérieure de la tête et du cou ; mettons en place l'extracteur d'O'Dwyer (ABC), nous constatons que les deux branches BC au lieu de s'enfoncer dans la lumière du tube viennent butter contre la partie antérieure de son bord supérieur ; aussi les deux branches une fois ouvertes, la postérieure B butte contre cette même portion tandis que l'antérieure passe en avant du



tube ; l'extraction dans ces circonstances est absolument impos-

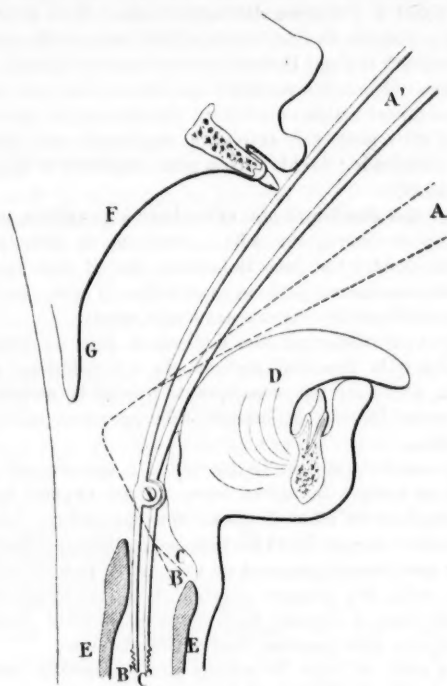


Fig. 1.

ABC = extracteur d'O'Dwyer en place.

A'BC' = extracteur de M. Garel.

D = langue projetée en avant (attitude d'examen laryngoscopique).

EE = tube en place.

F = voute palatine.

G = voile du palais.

N. B. Je remercie mon ami, François Nique, externe du service de M. Garel, à qui je dois ce schéma, ainsi que M. Fayolle, interne du service, qui m'a obligeamment communiqué tous les détails concernant le malade depuis le mois d'octobre.

sible. Telle est chez ce malade la cause de l'insuccès, constatée par M. Garel à l'examen laryngoscopique. Mais pourquoi la courbure accentuée de l'extracteur d'O'Dwyer a-t-elle amené un pareil résultat ? Il s'agit là d'une disposition individuelle, d'ordre anatomique ; chez notre malade le larynx présente une obliquité de haut en bas et d'avant en arrière plus accentuée que normalement, d'autre part, son extrémité supérieure est située plus bas que d'habitude ; double raison pour expliquer le mécanisme de cet insuccès.

M. Garel fait construire un extracteur à courbure uniforme peu prononcée (extracteur A'B'C'), basé sur ce principe : plus on doit descendre bas dans le larynx, plus il faut augmenter le rayon de courbure, pour se rapprocher le plus possible du rayon de courbure des extracteurs œsophagiens.

Ce nouvel extracteur pénètre facilement dans la lumière du tube, jusqu'à la jonction environ du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen, plus bas, par conséquent, que ne le montre notre schéma ; aussi le tube est extrait à la première tentative, le 18 novembre.

Dans la soirée, qui suit l'extraction, le malade est pris de dyspnée ; on replace le même tube, qui est expulsé le lendemain matin dans un effort de toux. Nouveau tubage immédiat.

27 novembre. Depuis le 18 le tube se maintient difficilement en place ; une simple secousse de toux suffit pour le rejeter et le malade subit des tubages répétés. Si on le laisse quelques heures sans tube, il reprend de la dyspnée ; la veille néanmoins il est resté sans tube pendant cinq heures de suite.

Le 27 au soir, on tube le malade par précaution, bien que depuis douze heures il soit resté sans tube.

6 décembre. Pas de dyspnée ; tubage tous les soirs avec une grosse canule pour amener de la dilatation laryngée.

8 décembre. Le malade veut apprendre à se tuber lui-même et y arrive facilement. Il se fait construire un appareil introducteur aussi simple que possible : une simple tige d'acier recourbée et se vissant sur le mandrin d'un tube métallique de gros calibre ; la tige d'acier est absolument dépourvue de ressort à poussette.

Pour se tuber lui-même, le malade assis, la tête un peu en haut, introduit, de la main droite, la tige en acier vissée sur le mandrin et puis attire à lui l'introducteur ; en même temps avec l'index gauche enfoncé dans le gosier et déprimant l'épiglotte, il repousse le tube dans l'intérieur du larynx, puis enlève

le fil attaché à la canule et permettant une extraction facile au cas où le tube se logerait dans l'œsophage.

Pour enlever son tube, notre malade renverse la tête en arrière, se met à tousser et le tube est aussitôt expulsé.

*12 décembre.* Le malade, obligé de rejoindre son régiment, quitte le service en bonne santé ; il se tube tous les soirs pour dilater son larynx et prévenir les accès possibles de suffocation nocturne.

L'examen laryngoscopique pratiqué lors de son départ permet de constater une persistance de la sténose glottique par brides cicatricielles ; la mobilité des cordes vocales est faible ; le calibre de l'orifice glottique est pourtant bien plus considérable qu'au début des tubages. Au niveau de la corde vocale droite, à sa partie postérieure, on aperçoit une saillie due au cartilage aryténoïde déplacé et soulevant la muqueuse à ce niveau. En somme, notre observation se résume ainsi : syphilis tertiaire laryngée, déterminant des crises asphyxiques, traitées avec succès par des tubages répétés, qui ont amené, en outre, de la dilatation laryngée. En présence d'un pareil cas, quelle conduite tenir : fallait-il tuber le malade ou le trachéotomiser ?

M. Garel a préféré le tubage à cause de son innocuité certaine ; il n'en est pas de même de la trachéotomie faite d'urgence, opération grave, souvent mortelle. D'ailleurs, dans les cas de rétrécissements laryngés, non cancéreux, elle ne répond pas à toutes les indications ; elle fait cesser les phénomènes asphyxiques, mais n'a pas d'action sur le rétrécissement lui-même, qui progressera de plus en plus, à moins que le malade ne se soumette à une dilatation quotidienne, temporaire, avec les dilateurs métalliques laryngés ou les tubes de Schrötter. Le tubage, au contraire, répond parfaitement à cette double indication : combattre les phénomènes asphyxiques ; amener une dilatation permanente, progressive, du larynx rétréci (il suffit pour réaliser cette dernière condition de se servir de tubes de diamètre de plus en plus considérable).

Malheureusement, le larynx rigide de l'adulte ne se moule pas, comme celui de l'enfant, sur le tube mis en place ; de là l'intolérance du tube et la nécessité de tubages répétés.

Dans ces conditions donc le tubage constitue un traitement

excellent dans un milieu hospitalier, inapplicable le plus souvent dans toute autre circonstance.

Chez notre malade le tubage était d'autant plus rationnel, qu'au bout d'un certain temps il est arrivé à se tuber lui-même. Il ne s'agit pas là d'un fait bien extraordinaire ; M. Garel a vu des malades de la clinique de Gouguenheim s'introduire eux-mêmes dans le larynx des tubes en caoutchouc creux durci.

Notre observation présente aussi ce fait intéressant : la difficulté de l'extraction du tube avec l'appareil d'O'Dwyer, dont la courbure trop accentuée, presque à angle droit, ne peut s'adapter à tous les cas chez l'adulte. S'il s'agit en effet de larynx abaissés et surtout plus obliques en bas et en arrière que normalement, on peut avoir des insuccès qu'explique suffisamment le schéma ci-dessus. Dans ces cas, il sera bon d'employer un extracteur analogue à celui que M. Garel a fait construire pour notre malade et dont le rayon de courbure tend de plus en plus à se rapprocher de celui des extracteurs œsophagiens.

---

### III

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OEDEME AIGU DU LARYNX

Par le Dr L. EGGER (1).

La plupart des ouvrages de laryngologie traitent de l'œdème aigu du larynx ; je n'ai donc pas la prétention de décrire une affection nouvelle et me borne, dans cette communication, à faire connaître un cas, recueilli dans la clinique de MM. Lermoyez et Helme, qui offre un certain intérêt par la marche de l'affection et surtout par son étiologie.

*Observation.* — M<sup>me</sup> G., âgée de 30 ans, vient à la clinique le 13 décembre 1893 parce qu'elle ne peut ni respirer, ni parler, ni avaler sans les plus vives difficultés. Cet état dure depuis deux jours.

Il y a quinze ans cependant que la voix est voilée, c'est-à-dire depuis ses premières couches. La malade a eu quatre enfants, dont deux sont en parfaite santé ; les deux autres sont morts, l'un de convulsions, l'autre d'entérite. Lors de sa première grossesse (il y a 5 ans), elle eut des hémoptysies accompagnées de toux opiniâtre ; elle maigrit, perdit ses forces ; mais c'est surtout depuis trois ans que l'amaigrissement fait des progrès rapides. En 1893, elle eut une fluxion de poitrine. Elle n'est pas syphilitique, n'a jamais eu de rhumatisme, toussé et maigrit depuis un an, n'a pas de sueurs nocturnes.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort asthmatique, il ne paraît pas avoir été tuberculeux ; sa mère est morte d'un cancer de l'estomac ; un frère et une sœur sont morts de convulsions. Actuellement, elle a un frère et une sœur en bonne santé. Son mari est bien portant.

(1) Communication à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 6 mai 1896.

La malade est enceinte de cinq mois environ.

Il y a deux jours, le mercredi 11 décembre 1893, sa mère meurt dans la soirée ; M<sup>me</sup> G. apprend cette nouvelle le lendemain à 8 heures du matin ; bien portante à ce moment, elle accourt auprès de la défunte ; à 9 heures elle ressent un grand frisson et est prise d'un état syncopal. A midi elle souffre d'une dysphagie très marquée, elle ne peut rien avaler. En même temps la voix devient enrrouée, et le soir seulement la dyspnée apparaît intense. Une fièvre violente, dit la malade, persiste jusqu'au matin du vendredi 13 ; ce n'est qu'une rémission survenant dans l'intensité des accidents qui lui permet de nous être amenée.

Maintenant encore la dysphagie est absolue ; l'absorption d'une cuillerée de potion prescrite la veille par son médecin a déterminé chez elle des accidents de dyspnée violente suivie d'état syncopal. Cette dysphagie consiste ici plutôt dans un spasme de la partie inférieure du pharynx ou supérieure de l'œsophage, car la malade rend presque immédiatement ce qu'elle avale avant même que la matière déglutie ait eu le temps d'aller bien au-delà de l'isthme du pharynx. De plus, cette dysphagie n'est pas douloureuse.

La malade a une dyspnée telle qu'elle ne peut dormir dans la position horizontale, elle est obligée de rester assise sur son lit.

Notons en passant que M<sup>me</sup> G. avait perdu son père quinze jours auparavant, mais n'en fut pas aussi affectée, car cette mort était prévue.

Notre attention est tout d'abord attirée par l'extinction complète de la voix. La respiration au moment de l'examen est tranquille ; il n'y a pas de tirage ; il existe un peu de cornage, on ne constate aucune trace de fièvre.

Avant de passer aux phénomènes locaux, signalons que M<sup>me</sup> G. n'a pas absorbé de médicaments, iodures ou autres pouvant expliquer son état.

A l'examen objectif que l'état de la malade oblige d'abrèger, on note d'abord une certaine pâleur des téguments, bien que l'état général soit relativement bon.

Le pharynx est rempli de mucosités et de salive ; toute la muqueuse du vestibule et du larynx proprement dit est recouverte de mucosités épaisses. L'épiglotte est épaisse et infiltrée. Les aryténoïdes disparaissent complètement, englobés dans deux masses gélatiniformes presque transparentes qui font saillie dans

le larynx. L'aryténoïde gauche est beaucoup plus infiltré que le droit ; au-dessous des aryténoïdes la glotte apparaît normale ; les cordes vocales ont conservé leur coloration et leur volume. L'aryténoïde gauche est immobile tandis que le droit possède un certain degré de mobilité.

Après une insufflation de poudre de morphine, la malade peut boire du lait sans grande difficulté, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux jours. On prescrit de la glace à l'intérieur et dix pastilles de cocapyrine.

14 décembre. — Grande amélioration. La malade souffre moins quand on appuie sur les parties latérales du thyroïde. De plus, elle a pu avaler ce matin un peu d'eau glacée. Enfin, l'œdème aryténoïdien a diminué des deux tiers et l'aryténoïde gauche a repris sa mobilité, on voit le vestibule laryngé rouge et infiltré. Au-dessous, quoiqu'une couche de muco-pus empêche de distinguer les détails, il paraît y avoir des ulcérations diffuses tapissant les deux bandes ventriculaires et les cordes vocales inférieures qui sont mobiles. La malade continue à prendre des pastilles de cocapyrine.

16 décembre. — Ne souffre plus du tout en avalant, et n'a plus aucune douleur à la pression externe du larynx, pas même au niveau de la partie gauche du cartilage thyroïde.

Peut facilement avaler les boissons.

L'œdème a *totalemment disparu*. Maintenant le vestibule du larynx a l'aspect d'une laryngite aiguë : muqueuse rouge intense non ulcérée, mais un peu épaissie, on voit les pointes des deux cartilages de Santorini. Les deux aryténoïdes se meuvent bien, mais le gauche est un peu plus paresseux que le droit.

Les deux cordes vocales inférieures, mobiles, paraissent ulcérées et recouvertes d'exsudats blanchâtres, jaunes, qui simulent des cordes vocales saines.

On prescrit des pulvérisations d'antipyrine au 1/100°.

18 décembre. — La malade ne souffre plus du tout. Mais la voix est encore complètement aphone. La base de la langue est rouge, injectée ; l'épiglotte est aussi injectée, rose vif. La muqueuse aryténoïdienne rosée, la muqueuse inter-aryténoïdienne épaissie en coussin sans villosités.

Les bandes ventriculaires sont rouges, tuméfiées, ne paraissent plus ulcérées. Les deux bandes blanches qu'on voyait l'avant-veille sont bien les *cordes vocales fibreuses*. On constate un petit semi blanchâtre qui simule une éruption d'herpès.

*Auscultation.* — Lésions localisées au sommet droit, caracté-

risées par de la submatité, de l'expiration prolongée et quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite, de l'expiration prolongée dans le creux sous-claviculaire. A gauche, emphysème compensateur.

20 décembre. — L'examen des crachats fait par mon ami, M. Piaget, au laboratoire de M. Straus, d'après les méthodes ordinaires, décèle un bacille douteux sur plusieurs préparations.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'ensemble du larynx est rouge, on supprime les pulvérisations d'antipyrine qu'on remplace par des inhalations d'alcool et baume du Pérou.

23 décembre. — État subjectif meilleur, état local sans changement.

27 décembre. — Cordes épaissies, rougeâtres. La corde vocale droite présente une nodosité à laquelle correspond une encoche de la corde vocale gauche. Cordes légèrement bosselées. On pratique des badigeonnages de phénol sulfo-riciné.

30 décembre. — Le larynx reste rouge, on prescrit des pilules de gaïacol et des pulvérisations de teinture d'eucalyptus, baume du Pérou et alcool, et on continue les badigeonnages de phénol sulfo-riciné.

3 janvier 1896. — La voix revient dans les notes graves. Il n'y a plus trace de muco-pus dans le larynx. L'épiglotte est rouge, les cartilages aryténoïdes sont injectés, les bandes ventriculaires rouges et tuméfiées. Les cordes vocales reprennent peu à peu leur forme et leur coloration blanche surtout à leur partie interne, la partie externe étant sillonnée de vaisseaux apparents. La glotte est encore en boutonnière. Le rapprochement insuffisant des cordes en arrière semble dû à de la pachydermie inter-aryténoïdienne. On commence des badigeonnages de  $\text{ZnCl}$  au 50°, qu'on pratique tous les deux jours.

31 janvier. — La voix s'est beaucoup améliorée. A l'examen du larynx l'épiglotte n'a rien, les bandes ventriculaires non plus, les aryténoïdes sont un peu rouges mais pas infiltrés; on distingue très bien les cartilages de Santorini. Il n'y a que de l'épaississement de la muqueuse inter-aryténoïdienne et un peu de rougeur des cordes vocales. Cinq nouvelles préparations de crachats n'ont accusé la présence d'aucun bacille tuberculeux.

14 février. — La voix est très légèrement voilée. Même état local. L'auscultation révèle les mêmes signes que plus haut (18 déc.).



27 avril 1895. — La malade mandée par moi ne se plaint de rien. Elle a les traits un peu tirés et amaigris, et se trouve actuellement près de la fin de sa grossesse (dont elle attend le terme du 1<sup>er</sup> au 15 mars) qu'elle supporte d'ailleurs très bien comme ses grossesses précédentes. Elle mange bien, avec appétit, ne vomit pas.

La voix est complètement revenue : elle est normale, pas forte, mais bien timbrée, aussi claire vers la fin de la journée que le matin.

Après avoir interrompu les pilules d'iodoforme pendant une semaine, elle eut une petite hémoptysie (de la valeur d'une gorgée) le jour où elle reprit cette médication.

Elle n'a pas de sueurs nocturnes. Cependant elle tousse toujours et surtout le matin. Après les accès de toux elle ressent parfois quelques douleurs entre les deux épaules ainsi qu'au bas-ventre.

Pour fixer l'étiologie de cet œdème dont nous avons vu se dérouler les différentes phases au mois de décembre, nous dirigeons notre interrogatoire sur l'état nerveux. Nous ne trouvons aucun point hystérogène ; la seule chose qui nous frappe c'est le fait que les réflexes du voile sont notablement diminués mais non abolis ; la sensibilité du voile et la sensibilité cutanée à la face et aux mains est nettement plus accentuée à gauche qu'à droite. La malade dit n'être pas nerveuse et n'avoir jamais eu de crises.

Auscultée aujourd'hui, on constate une respiration rude avec expiration prolongée aux deux sommets, surtout à droite. Quelques craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

Larynx : Voile et épiglote pâles. Vestibule rosé, normal.

Les aryténoïdes très mobiles, ne présentent rien de particulier ; de même les bandes ventriculaires.

Quant aux cordes vocales, leurs bords sont légèrement arrondis, assez réguliers ; leur coloration est d'un blanc tirant vers le gris-rosé, avec quelques veinosités surtout à droite, à la réunion du tiers postérieur avec le tiers moyen.

En faisant l'exploration d'après la méthode de Killian on constate que dans l'espace inter-aryténoïdien, les plis formés au moment de l'adduction sont normaux. La pachydermie signalée plus haut a disparu, la muqueuse est lisse et normale.

Cette observation nous montre une femme qui, jouissant d'un état de santé relativement bon, est prise subitement, à la

suite de l'émotion produite par la nouvelle de la mort de sa mère, et par la vue de la personne décédée, de tout le cortège des phénomènes de l'œdème laryngé aigu. Qu'il y ait là simple coïncidence, c'est difficile de l'admettre ; voilà une personne qui, à huit heures du matin se porte bien, respire bien ; une heure plus tard, en proie à une vive émotion, elle ressent un violent frisson, puis au repas de midi, elle ne peut manger et étouffe.

L'émotion a certainement eu une action réelle sur la production de cet œdème. Mais comment a-t-elle agi ?

Il est de notion courante que l'infiltration séreuse du larynx survient rarement en tant qu'affection primaire, idiopathique. Dans la plupart des cas, elle se présente comme symptôme partiel ou consécutif d'une affection locale. C'est ainsi que l'œdème aigu du larynx s'observe entre autre dans les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques.

Or, nous avons vu que notre malade présentait des signes non douteux d'induration des sommets. Nous pouvions donc soupçonner le larynx d'être secondairement le champ d'opération du bacille tuberculeux. Dans cette hypothèse, nous étions en face d'un larynx déjà infecté, qui, pour une cause quelconque, ici l'émotion, est devenu le siège de troubles circulatoires brusques, et fit consécutivement un œdème infectieux. De même que le pneumocoque, notre hôte habituel et le plus souvent inoffensif, peut, sous une influence extérieure (traumatisme, refroidissement), déterminant un trouble circulatoire, acquérir une virulence spéciale et devenir l'agent de la pneumonie, ainsi, dans notre cas, le terrain dont l'irrigation aura été modifiée, aurait donné au bacille sommeillant un regain d'activité. C'était là notre avis, et avant le dernier examen de la malade l'opinion la plus vraisemblable.

D'autre part, ayant publié en 1894 <sup>(1)</sup> des cas de grippe pseudo-phymique, dans lesquels on trouvait, à s'y méprendre, les signes stéthoscopiques de l'induration des sommets, je pense qu'on peut se demander s'il n'y aurait pas à rapprocher

(1) L. EGGER. — Etudes cliniques sur les formes pseudo-phymiques de la grippe. Baillière, 1894.

notre malade de ces observations. Je ne fais qu'émettre cette idée, les recherches bactériologiques n'ayant pas été assez concluantes dans notre cas.

Reste à voir si nous n'avons pas affaire à un œdème angio-neurotique simple tel que l'a décrit Strübing <sup>(1)</sup>, qui comprend sous le nom d'œdème angio-neurotique du larynx, une infiltration séreuse, qui ne trouve son explication ni dans un processus inflammatoire de l'organe ou des parties avoisinantes, ni dans des troubles de circulation (obstacle à la circulation de retour par les veines laryngées), ni enfin dans une altération du sang dans laquelle on puisse rationnellement voir une cause de trouble dans le mouvement de la masse sanguine, mais que l'on ne peut rapporter uniquement qu'à des influences nerveuses, à une névrose pure des nerfs vasculaires, des vaso-moteurs. Mais cette maladie se développe très rapidement sans fièvre et sans douleur. C'est en cela que notre observation s'en écarte.

Enfin, nous avons signalé l'absence de causes médicamenteuses, telles que l'iodure, l'ipéca <sup>(2)</sup>.

En résumé, il me paraît assez difficile de fixer d'une façon définitive l'étiologie de cet œdème. Des trois hypothèses émises, l'état actuel du larynx paraît devoir nous faire abandonner l'idée de tuberculose laryngée. Je n'ai fait que mentionner la possibilité d'un œdème infectieux, peut-être grippal. Quant à la troisième étiologie possible, celle de l'œdème angio-neurotique, le fait que nous n'avons constaté de fièvre à aucun moment, que nous ne connaissons l'état fébrile que par les renseignements de la malade elle-même, nous permet de ne pas trop tenir compte de ce symptôme. Si nous y ajoutons, en outre, un certain état nerveux, peu accentué, il est vrai, nous nous croyons autorisés à penser que nous avons eu affaire ici à un œdème angio-neurotique aigu simple, consécutif à une émotion, chez une tuberculeuse.

(<sup>1</sup>) STRÜBING. — Ueber angioneurot. Larynxœdem 1886, *Monatschrift für Ohrenh.*, n° 10, u. *Zeitschrift für klin. Med.* Bd. 9.

(<sup>2</sup>) RETHI. — Contribution aux névroses vaso-motrices des voies aériennes supérieures (*Revue internationale de rhinol. otol. et laryng.*, 25 sept. 1894).

#### IV

### L'ANÉMIE CHRONIQUE DU LABYRINTHE ET L'ÉPREUVE DU NITRITE D'AMYLE <sup>(1)</sup>

Par le Dr **Marcel LERMOYEZ**, médecin de l'hôpital  
Saint-Antoine.

La pathologie du labyrinthe est, à l'heure actuelle, pleine d'obscurités. La superposition des symptômes auriculaires aux lésions qu'ils expriment, si nette en ce qui a trait à l'oreille moyenne, est ici encore presque toute à faire : et, cependant, elle est indispensable aux progrès de la thérapeutique. Pour parfaire cette séméiologie, il faut compter beaucoup moins sur les recherches physiologiques, insuffisamment dégagées de contradictions et d'hypothèses, que sur la méthode anatomo-clinique, qui, analysant les cas simples et cataloguant les trouvailles autopsiales, a fait, entre les mains de Charcot, ses preuves pour le cerveau et la moelle ; c'est à elle, d'ailleurs, que nous devons les principaux éléments du diagnostic des affections labyrinthiques que nous ont donné les Ménière, les Moos, les Bezold.

Seule, l'observation clinique est donc peu capable de combler les lacunes qui subsistent encore dans cette étude. Cependant, certains faits peuvent se présenter avec une netteté telle, qu'ils fournissent quelques renseignements utiles et nouveaux au clinicien, lequel souvent ne sait comment orienter sa thérapeutique. C'est à ce titre que je rapporte l'observation suivante.

<sup>(1)</sup> Travail lu à la *Société française d'otologie, de laryngologie, et de rhinologie*. Séance du 5 mai 1896.

M. P... âgé de 43 ans, vient me consulter le 8 janvier 1895 pour une surdité progressive accompagnée de vertiges et de bourdonnements. C'est un homme vigoureux, un arthritique jadis gros mangeur et grand buveur, et obèse, bien qu'il mène une vie des plus actives. Il est en outre alcoolique, syphilitique et diabétique ; malgré cela, n'étaient ses oreilles, il vivrait sans trop d'inconvénients : car depuis plusieurs années il a renoncé à ses habitudes d'intempérance, car sa syphilis sommeille, et son diabète, un diabète goutteux, n'a guère d'autre signe d'extériorisation qu'une glycosurie modérée n'ayant jamais dépassé vingt-cinq grammes par litre d'urine, dont la quantité quotidienne est d'ailleurs peu accrue.

Cet homme eut, quatre ans auparavant, des accidents hépatiques sérieux : une congestion chronique du foie avec ictère, au cours d'une gastropathie alcoolique ancienne. Son médecin le sevrâ dès ce moment de vin et d'alcool, et le soumit à une sévère hygiène alimentaire, où le lait et l'eau de Vichy formaient la seule boisson. Depuis lors, notre malade ne s'est plus départi de cette sobriété ; grâce à elle, foie et estomac allèrent s'améliorant : mais, au bout de quelques mois, les oreilles commencèrent à pâtir.

Ce furent, au début, quelques bourdonnements, qui d'abord atteignirent l'oreille droite, puis, quelque temps après, parurent également à gauche et y prédominèrent ; presque aussitôt, l'acuité auditive diminua. Enfin se montrèrent des vertiges. Rapidement, ceux-ci acquirent une intensité extrême ; et il y eut chaque jour deux à trois grands accès de vertige de Ménière avec chute. Au bout d'un mois, ces phénomènes s'atténuèrent spontanément : mais jamais ils ne cessèrent.

Et depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans et demi, bien qu'il n'ait pas bu une seule goutte d'alcool ni de vin, bien qu'aucune lésion n'ait indiqué un réchauffement de sa syphilis, M. P... n'a jamais cessé d'entendre peu de l'oreille droite et mal de l'oreille gauche, ni d'être tourmenté de bourdonnements et de vertiges.

Actuellement, ces bourdonnements ont un timbre grave ; c'est un bruit continu de coquillage, avec, de temps à autre, des renforcements synchrones au pouls.

Les vertiges sont frustes et jamais n'amènent la chute : ils durent quelques secondes, pendant lesquelles, sans éprouver de nausées, le malade voit les objets tourner autour de lui.

L'acuité auditive est abaissée des deux côtés, surtout de l'oreille gauche.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
0	0	MONTRE AIR	0m04	0m04
0m16	0m16	VOIX BASSE	6m	6m
0	0	MONTRE OS	0	0
—		WEBER	+	
+ 2"		RINNE	+ 35"	

L'examen au spéculum montre les lésions banales de l'otite sèche. A *droite*, enfoncement notable du tympan, qui s'applique sur la paroi interne de la caisse d'où l'on n'arrive pas à le décoller; la membrane transparente laisse voir la muqueuse du promontoire légèrement injectée; le manche du marteau est rouge, à peine mobile au Siegle. A *gauche*, le tympan est très épaissi, très enfoncé; le manche du marteau, presque horizontal, est presque immobile au Siegle. Pas d'injection vasculaire.

Les deux trompes sont libres. De chaque côté, le cathétérisme donne un souffle large, sans claquement tympanique: cette aération ne modifie en rien l'audition ni les bourdonnements.

Les fosses nasales sont rétrécies par une tuméfaction molle des cornets, fort réductible à la cocaïne; muqueuse rose vif, sans sécrétion. Le naso-pharynx et l'oro-pharynx montrent une muqueuse épaisse mais lisse, rouge sombre, plutôt un peu sèche. Cette sécheresse existe aussi dans la bouche du fait du diabète.

L'estomac est dilaté; le foie gros, non douloureux.

Pas de bruits anormaux au cœur ni à l'aorte. Les artères sont souples: le pouls petit et régulier.

Urines de quantité moyenne; par litre: 20 grammes de glucose; pas d'albumine.

La cause de ces troubles auriculaires semble assez simple à établir: lésions chroniques de la caisse d'origine naso-pharyngienne, probablement très anciennes, et, pendant longtemps, bien tolérées; puis, il y a trois ans et demi, participation de l'oreille interne au processus morbide, s'annonçant par du labyrinthisme, d'abord manifesté par des crises aiguës, ensuite passé à la chronicité. Actuellement, l'épreuve de l'ouïe, par l'absence totale de perception osseuse de la montre, par la latéralisation du diapason vertex sur l'oreille la meilleure, par le résultat posi-

tif de l'épreuve de Rinne, accuse nettement l'insuffisance labyrinthique.

Mais la pathogénie de ces troubles auriculaires est des plus difficiles à discerner au milieu de ce cumul d'infection, d'intoxication et de diathèse que pratique notre malade. Cependant celui-ci est très affirmatif sur un point : c'est que mieux il digère, moins il est gêné de ses oreilles ; récemment, il a été soumis pendant quelques jours au régime lacté et à l'antisepsie gastro-intestinale, et, pendant cette période, ses bourdonnements ont diminué. Il est donc fort probable qu'il s'agit ici d'une hyperémie de l'oreille interne d'origine dyspeptique ; la rougeur du fond des caisses, le caractère des bourdonnements plaide dans ce sens.

Tel est le but principal que doit viser notre thérapeutique ; comme actuellement, à cause de ses affaires, M. P... ne peut suivre le traitement local que réclame l'état de son nez et de ses caisses, je me contente d'insister sur l'importance du traitement de l'estomac et du régime alimentaire, déjà prescrit, dont j'accrois encore la sévérité.

Cinq mois plus tard, le 15 juin 1895, M. P... vient me revoir, ayant très exactement suivi le régime indiqué : ses bourdonnements et sa surdité se sont considérablement accrus. Depuis une semaine, les accidents de grand labyrinthisme l'ont repris : chaque jour, de dix heures à midi — à remarquer que le malade se lève à quatre heures du matin et fait son premier repas vers midi — il est pris d'un vertige intense avec sueurs froides, chute, vomissements, mais sans perte de connaissance. En même temps, la surdité a fait des progrès considérables.

L'oreille gauche ne perçoit rien. La perception crânienne du diapason n'existe nulle part ; mêmes nuages tympaniques, même perméabilité des trompes qu'il y a cinq mois.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
0	0	MONTRE AIR	contact	contact
0	0	VOIX BASSE	1m00	1m00
0	0	MONTRE OS	0	0
0		WEBER		

Je prescris immédiatement un traitement intensif à la pilocarpine, en injections sous-cutanées quotidiennes d'un centigramme.

Le 25 juillet les accidents se sont encore aggravés. Les vertiges sont peut-être un peu moins intenses, mais les bourdonnements sont beaucoup plus forts, et la surdité est presque absolue.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
0	0	MONTRE AIR	0	0
0	0	VOIX HAUTE	0m16	0m16
0	0	VOIX BASSE	0	0
0	0	MONTRE OS	0	0
0	0	WEBER	0	0

Pas de lésions nouvelles des caisses ni des trompes, sauf un peu d'exsudat séreux dans l'oreille moyenne droite.

J'attribue cette aggravation à ce que le traitement pilocarpinique a été irrégulièrement et surtout très insuffisamment appliqué par le médecin ordinaire du malade, qui craignait de manier un médicament à tort réputé aussi dangereux. J'insiste pour qu'il soit repris à nouveau pendant au moins vingt jours et à de fortes doses.

Ce fut fait ; et le 19 septembre, M. P... vint me revoir très amélioré. Dans les premiers jours du traitement, les vertiges avaient diminué, la perception auditive avait reparu ; seuls, les bourdonnements n'étaient pas modifiés.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
1m60	1m60	VOIX HAUTE	1m80	1m80
0m16		VOIX BASSE	0m21	
0		MONTRE OS	0	
—		WEBER	+	
+		RINNE	+	

Au spéculum, toujours le même aspect des tympons, mais l'exsudat de la caisse droite s'est résorbé.

Je conseille au malade de cesser la pilocarpine, sauf à recommencer immédiatement les injections si les accidents labyrinthiques reparaissent. Je prescris la reprise du régime antérieur ; en outre, pour régulariser la circulation de l'oreille interne je lui donne des pilules contenant de la poudre de digitale, de belladone, d'ergotine et de noix vomique.



Ce traitement, suivi pendant près de trois mois, n'amène aucun résultat. Le 2 décembre, les vertiges ont disparu depuis longtemps ; les bourdonnements persistent ; l'audition est stationnaire à droite et diminue un peu à gauche. L'épuisement du nerf auditif est rapide.

O. G.			O. D.	
avant cathét.	après cathét.		avant cathét.	après cathét.
1m10	1m10	VOIX HAUTE	1m80	1m80
0m12		VOIX BASSE	0m20	
+ 22"		RINNE	+ 37"	

L'épreuve des pressions centripètes est impossible à faire, à cause de la courte durée de la perception du diapason vertex, qui, pour le  $la_3$ , excède à peine 3 secondes.

Renonçant à pouvoir modifier ces troubles auriculaires par un traitement médical, cependant rationnel, dirigé contre les symptômes labyrinthiques, je décide le malade à subir un traitement local du nez et des oreilles ; et, très prudemment, à cause de son diabète, je commence à appliquer quelques pointes de feu sur ses cornets.

Jusqu'ici, en somme, le cas de ce malade ne présentait rien de spécial ; l'effet du traitement pilocarpinique, quoique remarquable, rentrait en effet dans le domaine classique. Mais il n'allait pas tarder à devenir plus intéressant.

Un jour, le 18 décembre, M. P... arrive chez moi, non pas à six heures du soir comme il en avait l'habitude, mais vers deux heures de l'après-midi ; et, tout de suite, je suis surpris de ce qu'il m'entend bien alors que, l'avant-veille encore, j'étais obligé de lui parler de très près. Déjà je m'apprêtais à attribuer cette amélioration incontestable à l'effet du traitement nasal institué depuis un mois, lorsque le malade me fit remarquer que s'il m'entendait mieux aujourd'hui, c'est qu'il était venu me voir tout de suite après son déjeuner ; que s'il revenait le même jour à six heures, je verrais qu'il n'entendrait pas mieux que les autres fois ; que, d'ailleurs, depuis longtemps, et surtout depuis sa dernière crise de labyrinthisme, il entend invariablement beaucoup mieux après avoir mangé ; et cela est si net, qu'il a maintenant pris l'habitude de donner ses rendez-vous d'affaires en sortant de table. Voici, d'après son récit, comment se produit cette amélioration momentanée. Une demi-heure après le début du repas de

midi, qu'il fait très copieux, il éprouve une pesanteur, une sensation de barre au niveau du front : il lui semble que « quelque chose tourbillonne dans sa tête. » Presque en même temps, les bourdonnements s'atténuent et l'audition s'améliore. Mais quatre ou cinq heures après le repas, de nouveau l'acuité auditive baisse, puis les bourdonnements reparaissent, jusqu'à ce que le repas du soir ait amené une nouvelle phase d'amélioration.

Or, il ne s'agit pas ici d'un simple éclaircissement subjectif du champ auditif dû à la diminution des bourdonnements, mais bien réellement d'un accroissement objectif de l'acuité auditive, l'épreuve de l'ouïe donnant des chiffres très supérieurs à ceux du précédent examen (18 décembre).

O. G.  
0m,30

VOIX BASSE

O. D.  
0m,35

Quelques jours plus tard un nouveau phénomène se produit qui me donna l'explication de cette surdité intermittente. Le 16 janvier 1896, le malade qui, depuis un mois, était plusieurs fois venu me voir, entendant bien à deux heures, entendant mal à six heures, vint en sortant de table. Or, ce jour-là, son acuité auditive n'avait pas subi son amélioration accoutumée. Elle était de :

O. G.  
0m,48

VOIX BASSE

O. D.  
0m,20

chiffres ordinaires de l'audition du soir. Comme je m'en étonnais, M. P... me dit que, trois jours auparavant, il avait pris de l'eau de-vie allemande, ayant l'habitude de se purger chaque mois pour décongestionner sa circulation hépatique ; or, chaque fois qu'il prend un drastique, pendant les quatre jours qui suivent, sa surdité et ses bourdonnements s'accroissent notablement, tout en subissant cependant leur atténuation relative après les repas.

Ces faits me donnent à penser que les accidents auriculaires, que jusqu'alors tout m'avait porté à attribuer à une hypérémie de l'oreille interne, et que les traitements dirigés dans ce sens n'avaient fait qu'accroître, devaient au contraire relever d'un état opposé, d'une *anémie chronique du labyrinthe* ; dans cette hypothèse, il devenait facile de comprendre comment la congestion céphalique, qui accompagne le travail digestif des

dyspeptiques, pouvait, en activant la circulation de l'oreille, diminuer les bourdonnements et la surdité ; et comment la purgation, avec la précision d'une expérience de laboratoire, dérivant la circulation sanguine vers l'abdomen, augmentait pour quelques jours tous les troubles auditifs.

Cependant, quoique très spécieuse, cette hypothèse réclamait une démonstration directe ; pour la donner, il fallait, par un moyen quelconque, déterminer une congestion intense de l'appareil auditif et constater l'accroissement immédiat de l'audition, telle que, par exemple, le produit, séance tenante, le cathétérisme dans une oreille incomplètement aérée. C'est alors que je pensai à employer un agent capable de procurer une vaso-dilatation immédiate et intense ; le *nitrite d'amyle* répondait à ce but.

Après avoir soigneusement noté l'audition, je fis respirer au malade cinq à six gouttes de cet éther ; immédiatement sa figure devint écarlate, il ressentit dans sa tête le tourbillonnement habituel au début de sa période digestive ; ses bourdonnements s'atténuèrent notablement ; la sensation de lourdeur de tête qui, ordinairement, le tourmentait, disparut tout à fait ; et l'acuité auditive augmenta séance tenante d'une façon remarquable :

O. G.			O. D.	
avant	après		avant	après
nitrite d'amyle	nitrite d'amyle		nitrite d'amyle	nitrite d'amyle
0m18	0m33	VOIX BASSE	0m20	0m37

Une minute plus tard, la face pâissait, les bourdonnements reprenaient, l'audition baissait de nouveau. L'action vaso-dilatatrice du nitrite d'amyle était épuisée.

Ainsi était démontré le rôle de l'ischémie chronique dans la genèse des troubles auditifs de ce malade. Or, cette amélioration momentanée qu'amenait l'action vaso-dilatatrice du nitrite d'amyle, on pouvait songer à l'obtenir durable par un agent dont l'effet vaso dilatateur serait persistant, tel que la *trinitrine*.

Je prescrivis donc à ce malade de cesser le traitement antérieurement indiqué, de suivre un régime moins sévère et de prendre chaque jour quatre gouttes d'une solution alcoolique à 1100° de trinitrine.

L'effet de cette médication fut remarquable.

Un mois après je revoyais M. P..., le 3 mars. Et bien qu'il eut encore 13 grammes de sucre par litre d'urine, que l'aspect des

membranes tympaniques n'eût pas changé, cependant tout vertige avait disparu : les bourdonnements étaient considérablement éteints, et l'audition, quoiqu'examinée six heures après le repas, donnait les résultats suivants :

O. G.		O. D.
0 <sup>m</sup> ,60	VOIX BASSE	2 <sup>m</sup> ,00

Il était intéressant de faire la contre-épreuve de ce traitement. Pendant un mois, la trinitrine fut supprimée, et le régime sévère, jadis prescrit, fut repris. Il en résulta qu'un mois plus tard, le 6 avril, les bourdonnements avaient recommencé plus intenses que jamais ; les vertiges, qui depuis longtemps avaient cessé, reparaissaient une ou deux fois par jour, par période d'une durée de quelques minutes ; enfin, de nouveau, la surdité était très accentuée :

O. G.		O. D.
0 <sup>m</sup> ,35	VOIX BASSE	0 <sup>m</sup> ,10

Et pourtant, à ce moment, le sucre avait totalement disparu de l'urine.

Séance tenante je fis de nouveau respirer du nitrite d'amyle, mais en quantité beaucoup moindre que la première fois. L'effet en fut encore plus passager. Mais, pendant les quelques instants que dura la rougeur de la face, la tête se dégagea, les bourdonnements cessèrent, et l'audition à la voix basse, pour l'oreille droite, que j'eus seule le temps d'interroger, monta instantanément de 0,10 à 0,35 centimètres.

En résumé, voici un homme, qui, atteint à la fois d'alcoolisme, de syphilis et de diabète, est, à la suite d'accidents hépatiques, soumis à un régime alimentaire des plus sévères et brusquement sevré d'alcool. Au bout de quelques mois de ce traitement éclatent des troubles labyrinthiques graves ; et, après une entrée en matière par un violent accès de Ménière, vertiges, bourdonnements, surdité s'installent et vont croissant. Pendant longtemps, tous ces troubles sont attribués à de l'hypérémie du labyrinthe et traités comme tels. Sur ces entrefaites survient une nouvelle crise de labyrinthisme aiguë, dont le traitement par la pilocarpine triomphe aisément, fait

d'ailleurs incident en l'espèce. Cette crise passée, le traitement anti-congestif est repris et n'a d'autre résultat que l'accroissement de la surdité et des bourdonnements. Un jour, certains signes tels que l'amélioration des troubles auriculaires pendant la période digestive, leur aggravation après une purgation, me font penser que tous ces accidents doivent être mis sur le compte non pas d'une hyperémie, mais d'une anémie chronique du labyrinthe. Pour éclairer ce diagnostic je soumetts le malade à une inhalation de nitrite d'amyle. Instantanément, l'amélioration est telle que l'existence d'une anémie labyrinthique s'affirme; et un traitement dirigé dans ce sens, ayant pour base la trinitrine, amène une amélioration notable et persistante dans l'état de l'audition. La contre-épreuve, faite par la suppression momentanée du traitement, donne des résultats concordants.

Qu'il y ait eu chez ce malade une ischémie chronique du labyrinthe, cela ne peut faire, ce me semble, aucun doute; et que ce soit le traitement dirigé contre l'anémie qui ait amélioré l'audition, est chose également évidente: il y avait bien, dans ce cas, des lésions graves de l'oreille moyenne; mais, comme aucun traitement local n'avait été dirigé contre elles, et qu'à toutes les périodes de la maladie elles demeuraient fixes, leur existence ne saurait entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats de la thérapeutique.

Quant à déterminer la cause de cette ischémie, c'est chose plus difficile. De la syphilis ancienne il ne saurait être question; elle n'existait qu'à l'état d'infection latente, qu'il ne faut signaler que pour mémoire. Le diabète ne semble non plus avoir joué aucun rôle; car il n'y avait aucun parallèle à établir entre les modifications de l'audition et les oscillations de la glycosurie. D'ailleurs Haug<sup>(1)</sup> nous apprend que le diabète respecte l'oreille interne en l'absence de toute lésion organique du cœur, des artères, des reins. Je suis porté à attribuer cette anémie à la suppression de l'alcool imposée à ce vieil alcoolique, et à l'insuffisance circulatoire qui en est

(1) K. HAUG. Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen, p. 464.

résultée. Du reste, les livres classiques d'otologie n'indiquent-ils pas l'usage quotidien des boissons alcooliques comme le meilleur moyen de combattre l'anémie de l'appareil auditif ?

Et quant à l'amélioration, elle est bien due à la seule trinitrine, puisqu'il n'a été fait aucun autre traitement général et local simultanément.

\*  
\* \*

Deux conclusions se dégagent de cette observation au point de vue du diagnostic et du traitement des affections de l'oreille interne.

Nous possédons des signes précis qui nous permettent d'affirmer l'existence de troubles labyrinthiques, isolés ou associés à des lésions de l'oreille moyenne : mais, où la séméiologie devient hésitante, c'est lorsqu'il s'agit de préciser quelles sont ces lésions.

D'une façon générale, en présence d'une lésion supposée d'un organe, il est trois points à déterminer : le siège exact des altérations, leur cause, leur nature.

Déterminer le *siège* exact des altérations qui atteignent l'oreille interne, est une appréciation qui ne peut être faite que très approximativement ; car, nous n'avons pour guide que l'insuffisance ou l'exagération de certaines fonctions de l'oreille, et les données de la physiologie sont, je le répète, encore trop discordantes pour nous fournir une base d'appréciation invariable. Au reste, peu importe le siège de ces lésions puisque la chirurgie de l'oreille interne n'existe pas encore.

Déterminer la *cause* des lésions de l'oreille interne est chose beaucoup plus importante, car ce n'est guère que par le traitement médical, qui s'adresse à l'étiologie, qu'on peut s'attaquer aux troubles qu'elle engendre ; mais c'est alors beaucoup moins l'exploration de l'oreille que l'examen général de l'individu qui en fournit les indications.

Déterminer la *nature* des lésions labyrinthiques n'est pas non plus chose inutile ; car lorsque, comme dans l'observation qui fait le sujet de ce travail, la cause première des troubles

otiques est impossible à discerner exactement, on peut faire encore une œuvre thérapeutique judicieuse en s'orientant d'après la physiologie pathologique des troubles auriculaires, considérés indépendamment de leur pathogénie ; c'est ainsi qu'on rend service à l'oreille en combattant l'élément hyperémie ou anémie, alors même qu'on ignore la cause qui le met en jeu.

Or, plus d'une fois, on peut être tenté d'attribuer à de l'hyperémie, et à les traiter comme tels, des troubles d'une nature toute différente, d'origine ischémique. Rien, en effet, n'est difficile comme de distinguer la congestion de l'anémie d'un organe ; et il semble que, pour l'oreille interne, tout comme pour le cerveau, ce doive être chose fort obscure. Ces deux états opposés amènent, en effet, dans le labyrinthe un même syndrome de vertiges, de bourdonnements, de surdité.

Les auteurs classiques donnent bien, il est vrai, quelques signes qui permettraient de faire ce diagnostic différentiel.

1° Ils indiquent l'influence de la position de la tête et du corps. Le malade atteint d'anémie de l'oreille, à l'inverse de celui qui présente de la congestion de cet organe, voit ses bourdonnements et sa surdité s'atténuer dans la position couchée. On cite le malade d'Abercrombie<sup>(1)</sup>, qui entendait bien quand il était étendu et devenait sourd quand il s'asseyait ou se mettait debout. Itard aurait observé des cas analogues. Cependant, on ne saurait attribuer à ce signe une valeur diagnostique absolue ; car, en l'absence même de toute lésion ou trouble labyrinthiques, on peut observer des modifications notables de l'acuité auditive produites par les changements de position de la tête : soit par suite du déplacement d'un bouchon cérumineux ou d'un corps étranger dans le conduit, soit par mobilisation d'un exsudat dans la caisse.

2° On pourrait aussi se guider sur les modifications de l'image tympanique. Ainsi la rougeur du manche du marteau et du mur de la logette, associée ou non à la congestion du pavillon de l'oreille, devrait faire penser à un état analo-

(1) ABERCROMBIE. *Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks*. Uebersetzung, Bonn, 1821, p. 143.

gue du labyrinthe : et inversement. Mais c'est là un signe infidèle. Malgré l'existence des anastomoses qui unissent la circulation labyrinthique à celle de l'oreille moyenne, Politzer, qui cependant a découvert ce trait d'union, admet que l'hypérémie ou l'anémie labyrinthiques peuvent exister sans que l'oreille moyenne présente de modifications analogues.

3° Schwartze considère comme un signe de congestion du labyrinthe l'aggravation des symptômes auriculaires produit par la douche d'air. Mais ce n'est pas là un signe qui puisse faire éliminer à coup sûr l'anémie ; car presque toujours l'aération de la caisse influence en mal, tout au moins momentanément, les troubles labyrinthiques quels qu'ils soient.

4° Enfin on a encore proposé, comme signe différentiel, l'administration de boissons alcooliques, qui améliorent les troubles auditifs d'origine anémique, et aggravent ceux qui relèvent d'une hypérémie. Mais c'est un moyen dont l'effet est lent à s'observer et dont l'application n'est guère facile dans le cabinet d'un spécialiste.

Or, il semble, ainsi que le prouve l'observation que je rapporte, que ce diagnostic différentiel entre l'anémie et l'hypérémie du labyrinthe puisse être fait d'une façon aussi précise qu'instantanée par l'épreuve du nitrite d'amyle.

Ce corps a été introduit dans la thérapeutique auriculaire par Michaël (1), qui, dès 1877, l'employait empiriquement, à la façon d'un éther, pour calmer les bourdonnements.

De tous ces médicaments connus, c'est, de l'avis des auristes, celui qui congestionne le plus l'oreille interne : et Bürkner (2) a observé que l'excès de nitrite d'amyle, même inhalé passagèrement, amène parfois une hypérémie durable de l'oreille. Huchard (3), qui a beaucoup étudié ce médicament à propos du traitement de l'angine de poitrine, laquelle n'est en somme qu'une ischémie intermittente du myocarde, constate

(1) J. MICHAEL. — Ueber die Anwendung des Amylnitrits bei Ohrenkrankheiten. *Arch. f. Augen und Ohrenkrankheiten*. Bd. V, Abt : II.

(2) KRUD BUCHNER. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte, p. 302.

(3) HUCHARD. — Des angines de poitrine. *Revue de médecine*, 1883, p. 677.



qu'il amène une dilatation vasculaire, une hyperémie considérable dans les vaisseaux de la tête, du cou, de la poitrine, avec cette particularité que la congestion va en diminuant de la tête aux extrémités où elle est nulle. Elle ne se borne pas seulement aux vaisseaux cutanés, mais elle atteint aussi ceux des organes profonds ; ainsi Schüller <sup>(1)</sup>, Schramm <sup>(2)</sup> ont directement observé, chez les lapins, une dilatation considérable des vaisseaux de la pie-mère déterminée par le nitrite d'amyle. Pareille hyperémie doit évidemment se produire dans l'oreille interne, sous l'influence de ces inhalations.

J'ajoute que, malgré la violence apparente de ses effets immédiats, le nitrite d'amyle n'est pas un agent dangereux. Nous pouvons l'employer sans crainte pour faire un diagnostic, surtout aux doses minimales qui nous sont nécessaires.

Récemment Hayem <sup>(3)</sup> a montré qu'on pouvait impunément l'employer à des doses infiniment supérieures à celles qu'on a l'habitude de prescrire ; il a pu, sans aucun inconvénient, en faire respirer à des pneumoniques jusqu'à cent gouttes à la fois ; or, l'épreuve du nitrite d'amyle n'en exige que cinq ou six. A cette dose faible, il peut, chez certains malades congestifs, provoquer des bourdonnements intenses, une céphalée subite et même quelques vertiges ; mais il n'en résulte pas d'inconvénients graves.

Weber-Liel <sup>(4)</sup>, qui l'a administré à un grand nombre de patients pris au hasard, n'en a jamais observé le moindre accident. Deux fois seulement, Michaël l'a vu produire une exagération des bourdonnements d'oreilles, qui dura, dans un cas, quelques heures, dans un autre, deux jours.

Urbantschitsch conseille pourtant de s'en abstenir chez les malades ayant présenté autrefois des paralysies partielles, et surtout chez les hémiplegiques guéris ; car il pourrait déterminer un rappel momentané des phénomènes paralytiques, en localisant les effets hyperémiques sur la lésion cérébrale en état de

(1) SCHÜLLER. — *Centralblatt*, 1884, p. 51.

(2) SCHRAMM. — *Archiv. Psych. und Nervenkr.*, 1874.

(3) HAYEM. — *Bull. et mém. Soc. méd. hop.*, 1896.

(4) WEBER-LIEL. — *Zur Anwendung des Amylnitrits bei Ohrenkrankheiten. Monats f. Ohrenh.*, 1877, n° 2, p. 39.

méiopiagie, par un mécanisme analogue à celui qui, chez les urémiques, fait reparaitre les anciennes monoplégies.

Donnée comme il suit, l'inhalation du nitrite d'amyle est donc une véritable épreuve de l'ouïe, qui va nous permettre à coup sûr de déceler l'existence d'une anémie labyrinthique, sans avoir à nous préoccuper de ses causes ou de ses symptômes.

Après avoir exactement mesuré l'acuité auditive, on fait respirer au malade cinq ou six gouttes de nitrite d'amyle qu'on verse sur une compresse placée immédiatement au-dessous de ses narines. Le nitrite d'amyle doit-être bien frais ; car, à l'air libre, il s'altère rapidement ; et alors les renseignements qu'il donnerait, ainsi altéré, sur la circulation labyrinthique seraient inexacts. Aussi est-il préférable de se servir de petites ampoules de verre teinté, renfermant quelques gouttes de ce corps et qu'on brise au moment même. Instantanément, le visage rougit, devient vultueux : les temporales battent avec force, le pouls est rapide et irrégulier. Cet effet dure une minute environ, pendant laquelle il faut se hâter d'examiner l'oreille. Or, si l'on se trouve en présence d'un état d'hypémie du labyrinthe, les bourdonnements deviennent plus forts et prennent le caractère pulsatile ; l'acuité auditive baisse momentanément, surtout pour la montre ; le malade éprouve un vertige passager et se plaint d'une violente constriction au niveau des tempes. Mais, une minute après, tout est rentré dans l'ordre. Michaël prétend, ce que je n'ai pas constaté, qu'immédiatement après les bourdonnements subissent une atténuation plus ou moins durable.

Y a-t-il, au contraire, de l'ischémie labyrinthique ? Du côté de la face, les réactions congestives seront les mêmes ; mais l'impression produite sur l'oreille sera toute différente. A mesure que le visage rougit, le malade sent sa tête se dégager, elle devient libre, plus légère ; les bourdonnements s'atténuent ou disparaissent momentanément ; et l'acuité auditive, mesurée de nouveau, a augmenté.

Certes, cet accroissement du pouvoir auditif est passager, pas assez cependant, pour qu'on n'ait pas le temps de le mesurer. Mais il est très net et surtout immédiat, aussi précis que

l'amélioration que produit le cathétérisme dans une oreille insuffisamment aérée.

Ainsi, dans l'observation que je rapporte, l'audition pour la voix basse passa immédiatement de 0<sup>m</sup>,20 à 0<sup>m</sup>,37 centimètres pour l'oreille droite ; de 0<sup>m</sup>,18 à 0<sup>m</sup>,33 centimètres pour l'oreille gauche ; et, dans une épreuve ultérieure, de 0<sup>m</sup>,10 à 0<sup>m</sup>,35 centimètres pour l'oreille droite.

Chez un malade de Weber-Liel <sup>(1)</sup> dont la surdité avait opiniâtrement résisté à divers traitement locaux, l'inhalation du nitrite d'amyle fit immédiatement passer l'audition de l'oreille droite pour la montre de  $\frac{1}{2}$  pied à 1 pied  $\frac{1}{2}$ .

M. Burnett <sup>(2)</sup> cite un patient chez lequel deux gouttes de nitrite d'amyle firent cesser de vieux bourdonnements et porta, séance tenante, l'audition pour la montre de 0<sup>m</sup>,60 centimètres à 1 mètre.

Ainsi donc, le nitrite d'amyle, employé non pas comme remède empirique pour calmer des bourdonnements qui ont résisté à d'autres médications, mais comme procédé de diagnostic, à la façon d'une épreuve de l'ouïe, est un moyen sûr et inoffensif de reconnaître l'anémie labyrinthique. D'ailleurs, il y a plus de dix ans, Schwartz, reconnaissant l'insuffisance des signes classiques pour différencier l'anémie de l'hypérémie de l'oreille interne, disait que celle-là pourrait être affirmée à coup sûr si l'on trouvait un moyen de produire une congestion subite de l'appareil auditif et de déterminer ainsi une sédation momentanée de tous les symptômes auriculaires.

\*  
\* \*

Le traitement de l'anémie labyrinthique doit également bénéficier de ce remède. Les classiques s'accordent à dire que le pronostic de l'anémie chronique du labyrinthe est mauvais. Schwartz pense qu'en raison de l'incurabilité habituelle des troubles auditifs liés à l'anémie chronique, celle-ci doit, à la

(1) WEBER-LIEL. — *Loc. cit.*

(2) SWAN M. BURNETT. — Nitrite of amyl in tinnitus aurium. *N.-Y. med. record*, August, 1877, n° 4.

longue, amener des lésions durables dans le domaine du nerf auditif, altérations que, cependant, Steinbrügge n'a pas rencontrées.

Or, pour combattre cet état morbide, on en est réduit à instituer une thérapeutique pathogénique, s'adressant à la cause de cette insuffisance circulatoire, qu'il est souvent malaisé de découvrir. Banalement, les auteurs conseillent une bonne nourriture, le séjour dans les montagnes, les préparations de fer, de quinquina, l'usage modéré de boissons alcooliques. Mais que peuvent ces moyens quand l'ischémie labyrinthique relève d'un spasme ou d'une thrombose de l'artère auditive interne ?

Dans ce cas, le traitement local a été tenté ; on a conseillé de combattre le spasme artériel par la galvanisation du grand sympathique au cou, ce qui a donné de médiocres résultats ; Schwartze applique des compresses de Priessnitz sur la nuque, pour activer la circulation dans le tronc basilaire, d'où naît l'auditive interne.

Or, chose curieuse, à part Garnault <sup>(1)</sup> qui conseille les inhalations de nitrite d'amyle dans les cas d'anémie aiguë du labyrinthe par perte de sang, aucun des auteurs que j'ai cités n'a proposé d'employer ce remède pour combattre la surdité résultant d'une insuffisance d'irrigation de l'oreille interne. Ainsi Michaël le donnait au hasard et dans le seul but de calmer des bourdonnements opiniâtres ; et ainsi l'on fait également, sans indications précises, ceux qui ont répété ses expériences. Il a bien observé, chez quelques femmes anémiques, une certaine atténuation des bourdonnements des premières inhalations de ce corps ; mais il semble croire que, dans ces cas, cet agent est contr'indiqué, comme laissant à sa suite une vaso-constriction réactionnelle qui accroît encore les symptômes auriculaires. Et, conséquent avec cette observation, il ne conseille l'emploi suivi du nitrite d'amyle que quand les inhalations augmentent momentanément les bourdonnements, c'est-à-dire dans les cas d'hypérémie de l'oreille !

Il résulte de cet empirisme que les auteurs qui ont essayé ce

(1) P. GARNAUT. — Précis des maladies de l'oreille, p. 442.

## L'ANÉMIE CHRONIQUE DU LABYRINTHE

remède sont très partagés dans leur appréciation des effets de ce corps sur les troubles auditifs.

Sur 27 malades de Michaël, 19 furent améliorés de leurs bourdonnements, chez qui 3 fois un accroissement de l'acuité auditive fut constaté.

Urbantschitsch a observé également des résultats favorables, tandis que Suñe y Molist (1) a administré le nitrite d'amyle sans aucun succès; il ne réussit, chez quelques malades, qu'à augmenter considérablement les bourdonnements et à les transformer en sifflements.

Dans 2 cas seulement, sur 30 malades, M. Burnett en a retiré un bénéfice remarquable.

L'inégalité des effets de ce médicament, dans les cas rapportés par ces divers auteurs, me semble due à ce qu'ils l'ont appliqué sans distinction aux oreilles hyperémiques ou anémiques; rien d'étonnant à ce que tantôt ils aient noté des résultats avantageux et que tantôt ils n'aient fait qu'empirer le mal. Et le petit nombre de cas rapporté par eux, où ce traitement fut favorable, concorde avec cette donnée que les faits d'anémie chronique de l'oreille interne sont beaucoup plus rares que ceux où se montre une hyperémie habituelle du labyrinthe.

Or, il semble que quand l'anémie du labyrinthe a été reconnue par l'épreuve du nitrite d'amyle, mais exclusivement dans ce cas, l'emploi du nitrite d'amyle à doses thérapeutiques doit nécessairement avoir de bons effets. C'est là une médication très simple, logiquement déduite de la physiologie pathologique des troubles auriculaires, qui, certes, ne nous dispense pas de traiter en même temps la cause première de ces troubles circulatoires, mais qui offre une précieuse ressource au cas où cette thérapeutique pathogénique est inapplicable, faute pour nous de savoir vers quel organe la diriger.

Cependant le nitrite d'amyle a quelques inconvénients: son action est brutale, pénible; puis l'accoutumance s'établit si vite, que bientôt, là où deux gouttes suffisaient à produire une sédation, vingt gouttes et plus vont devenir nécessaires pour

(1) SUÑE Y MOLIST. — *Revista de ciencias médicas*, 1880 (analysé in *Monats. f. Ohrenh.* 1888, n° 11, p. 178.)

obtenir un même résultat. D'autre part, son effet est fugace ; c'est le médicament parfait d'un accès, d'une crise : mais il semble moins bien convenir pour combattre un état durable tel que l'hypérémie chronique du labyrinthe. Les cas, en effet, sont très rares où une inhalation a amené une amélioration persistante : je ne connais que le fait de M. Burnett, où l'audition à la montre qui, sous l'influence d'une seule inhalation, était montée de 0<sup>m</sup>,60 centimètres à 1 mètre, n'était retombée deux mois après qu'à 0<sup>m</sup>,90 centimètres ; ou encore le cas de Weber-Liel, où quelques inhalations suffirent à amener une amélioration de l'ouïe qui persista deux mois : mais les bourdonnements ne se modifièrent pas. En général, nous dit Michaël, l'inhalation ne donne qu'un bénéfice de quelques heures, de quelques jours : il faut souvent la recommencer. M. Burnett conseillait à ses malades de recourir à ces inhalations tous les deux jours.

Or, le nitrite d'amyle n'est pas le seul médicament capable de produire l'hypérémie de l'oreille. A côté de lui, dans la série des agents vaso-dilatateurs, s'en trouve d'autres dont l'action est moins rapide, dont l'effet est plus durable. C'est ainsi que dans le traitement de l'angine de poitrine, dont la physiologie pathologique a plus d'un point commun avec celle de l'anémie chronique de l'oreille interne, traversée de crises de labyrinthisme aigu, on réserve l'inhalation de nitrite d'amyle pour les phases d'accès ; et dans l'intervalle, pour activer la circulation du myocarde, ou s'adresse à d'autres agents de la médication vaso-dilatatrice, au nitrite de sodium ou à la trinitrine. Cette médication à longue portée me semble préférable, par la lenteur et la persistance de ses effets, à la série de coups de congestion intenses et passagers produits par le nitrite d'amyle.

La trinitrine sera prescrite d'après la formule d'Huchard.

Eau distillée . . . . .	300 grammes
Sol. alcoolique de trinitrine à 1/100 . . . . .	XXX gouttes.

Prendre trois cuillerées à dessert par jour, que l'on portera progressivement à trois cuillerées à soupe : pendant vingt jours par mois.

Cette médication est facile à suivre, tout à fait inoffensive et jouit d'une réelle efficacité, puisque, dans le cas que je rapporte, elle a, en moins d'un mois, porté et maintenu à deux mètres une acuité auditive que le nitrite d'amyle avait fait passer de 0<sup>m</sup>,20 à 0<sup>m</sup>,33 centimètres.

#### CONCLUSIONS

I. Il existe des troubles permanents dans la circulation labyrinthique, qui, associés ou non à des lésions de l'oreille moyenne, exagèrent ou créent la triade des affections de l'oreille: surdité, vertiges, bourdonnements.

II. Ces troubles circulatoires sont réductibles en deux types principaux: l'hypérémie et l'anémie chroniques.

III. Malgré leur différence capitale, ces deux états se traduisent par des symptômes analogues.

IV. Leur diagnostic différentiel est donc difficile à établir: il est cependant indispensable qu'il soit posé d'une façon précise pour permettre d'appliquer une thérapeutique qui, dans ces deux cas, comporte des indications opposées.

V. Cette distinction peut être faite d'une façon sûre et immédiate grâce au nitrite d'amyle, qui, jusqu'ici, n'a été employé en otologie que comme un moyen empirique d'atténuer les bourdonnements.

VI. L'inhalation du nitrite d'amyle amène une sédation immédiate mais passagère de tous les symptômes auriculaires, en cas d'anémie labyrinthique, et les exagère, au contraire, dans le cas d'hypérémie. Cette *épreuve du nitrite d'amyle*, tout à fait inoffensive, a une valeur séméiologique aussi précise que le cathétérisme dans les cas d'obstruction tubaire.

VII. Lorsque l'anémie du labyrinthe aura été ainsi reconnue, il y aura lieu de la modifier par une médication vaso-dilatatrice, ayant pour base les inhalations fréquentes de nitrite d'amyle ou, mieux encore, l'administration prolongée de trinitrine par voie buccale. Cette médication devra être associée au traitement pathogénique de l'anémie labyrinthique, dans le cas où on parvient à découvrir sa cause.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 9 janvier 1896.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr HAJEK.

1. G. SCHEFF. — Fracture du cartilage laryngien d'après des recherches expérimentales et la présentation d'une coupe. — Je me permets de vous présenter une préparation provenant d'une fracture du cartilage laryngé, fait assez rare dans la littérature.

Les fractures isolées du cartilage cricoïde sont des plus rares. La pièce provient d'un cocher âgé de 24 ans, qui reçut au cou un choc et que je trouvai dans l'état suivant :

Individu fort, bien bâti. Le visage, le cou, les extrémités supérieures jusqu'aux articulations des mains, et le tronc jusqu'au scrotum sont ballonnés par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La respiration est très embarrassée ; à chaque expiration il pénètre de l'air sous la peau.

Vu l'emphysème cutané prononcé, l'examen de la gorge ne donne aucun résultat. Il n'y avait pas beaucoup de temps à perdre, et après diverses tentatives infructueuses pour introduire le cathéter, je me décidai à ouvrir les voies aériennes.

Le malade succomba à la suite de l'opération. A l'autopsie on reconnaît en dehors des signes extérieurs une fracture du cartilage cricoïde, facile à voir sur la préparation.

Ensuite, G. SCHEFF fait sa communication annoncée sur des expériences entreprises sur vingt cadavres.

Après la revue de la littérature du sujet, S. parle des symptômes dont le plus marquant est l'emphysème cutané étendu. L'auteur attire l'attention sur ce que la crépitation ne doit pas être considérée comme caractéristique, car la crépitation peut aussi être produite lors de l'inclinaison latérale du larynx normal par le frottement des cornes supérieures du cartilage thy-

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 2 avril 1896.



roïde et la grande corne de l'os hyoïde à la paroi antérieure de la colonne cervicale.

Après avoir reproduit exactement les expériences et les autopsies et donné les explications nécessaires, S. termine par un résumé concluant à ce que ses résultats concordent avec ceux de Cavasse, Keiller et Gurlt, en ce que les fractures du cartilage thyroïde sont plus fréquentes que celles du cartilage cricoïde, et que ces dernières sont rarement isolées, étant le plus souvent associées aux fractures du cartilage thyroïde, mais que l'auteur et les autres expérimentateurs ont vu que les cartilages aryténoïdes et particulièrement les cordes vocales pouvaient participer aux traumatismes laryngiens, ce qui a une grande importance pour les laryngologistes.

S. admet que l'âge, c'est-à-dire le degré d'ossification, influe sur les fractures du larynx.

Parfois, les cartilages ossifiés de l'âge moyen se fracturent plus aisément que les cartilages non ossifiés du jeune âge.

La plus grande résistance est offerte par les cartilages entièrement ossifiés, qu'on trouve habituellement chez les personnes âgées.

Störk remarque que dans la plupart des cas de fracture laryngée, la crépitation est peu appréciable, à cause de la tuméfaction prononcée des parties molles, de sorte qu'il ne faut pas tenir grand compte de ce symptôme.

Hajek rapporte un cas de fracture descendante du cartilage thyroïde, à droite de l'angle thyroïdien. A part la toux, le malade rejeta quelques gouttes de sang, il ne souffrait pas d'autre chose que d'un enrouement, de sorte qu'il ne vint nous trouver que quatre semaines après l'accident. La fracture était facile à constater, la corde vocale droite était épaissie à son extrémité antérieure. Il est rare d'observer une fracture des cartilages laryngés aussi indolore.

Hajek répond à Störk que dans son cas l'on percevait nettement la crépitation. Il existait aussi les signes indiqués par Störk : résorption de l'infiltration hémorrhagique consécutive à la fracture ; de plus, le cartilage thyroïde était en partie ossifié.

2. Weil présente une femme de 24 ans qui, depuis mars 1895, à la suite de l'influenza, souffre d'une **suppuration fétide de l'antre d'Highmore droit**. Le 8 décembre, après que l'éclairage par transparence eut fourni un résultat positif, on fit, par le méat inférieur, des irrigations qui donnèrent issue à des masses de pus

caséeux fétide ; ensuite on pratiqua tous les jours un lavage par le sinus maxillaire. La cinquième pulvérisation fut suivie de la sortie d'un bouchon de muco-pus, à la septième on voit sourdre un peu de pus clair, et depuis plus rien. Il existait aussi une carie étendue de la première molaire supérieure et une fistule qui ne suppure presque plus depuis le nettoyage des canaux dentaires et le plombage de la dent. Weil se réserve de revenir sur cette guérison d'une rapidité surprenante.

---

*Séance solennelle du 6 février 1896.*

*Président : Prof. Störk.*

*Secrétaire : Dr Koschier.*

*Séance administrative.*

Le Président souhaite la bienvenue aux membres présents et rend compte des travaux de la Société depuis sa fondation. Durant la première année la Société a tenu sept séances au cours desquelles six communications ont été faites par MM. Störk, Hajek, Panzer, Bienenstock et Chiari.

En outre, dix-huit observations intéressantes ont été lues et des préparations ont été montrées par MM. Koschier, Ebstein, Weil, Panzer, Chiari, Rethi, Roth et Scheff.

Sont proposés comme membres d'honneur de la Société et élus à l'unanimité : MM. B. Fraenkel (Berlin), A. Gouguenheim (Paris), F. Semon (Londres), et M. Schmidt (Francfort-sur-Main).

Sont nommés membres actifs de la Société : MM. B. Gomperz, Heindl, Lantin, O. Pollak, H. Schlesinger, A. v. Weismayr.

*Bureau : Prof. Störk, président ; Prof. Chiari, vice-président ; Dr Ronsburger, secrétaire ; Dr Roth, trésorier ; Drs Grossmann, Hajek et Scheff, secrétaires des séances.*

Le Président remercie l'assemblée de sa réélection, et annonce que le gouvernement de la Basse-Autriche a prié la Société de vouloir bien réviser la pharmacopée autrichienne. Dans ce but, on nomme un comité composé de MM. Chiari, Rethi et Roth.

1. Le Dr WEIL fait une communication sur la **Pathologie et le traitement des suppurations des sinus, en particulier du sinus maxillaire**. — A la suite de précédentes discussions, l'auteur avait projeté d'étudier comparativement les divers modes de traitement des suppurations des sinus, mais cela lui a été impossible, car il n'existe que peu de statistiques et elles ne contiennent que peu de détails (et dans ce cas les statistiques ne servent à rien), tandis que la plupart des auteurs n'envisagent généralement les méthodes que comme favorables ou défavorables. Presque tous adoptent les interventions chirurgicales radicales, et le traitement conservateur des lavages à travers les ouvertures naturelles ne réunit que peu d'adeptes, qui, le plus souvent, le considèrent comme malaisé et donnant de mauvais résultats. Les jeunes auteurs vont encore plus loin, par exemple, pour l'empyème de l'antre d'Highmore, ils disent que l'on peut pratiquer sur n'importe quel point une ouverture pour l'écoulement du pus ; ils ne font même plus allusion à l'ouverture naturelle.

Il en est de même dans toutes les branches de la spécialité, où les méthodes conservatrices, même lorsqu'elles réussissent, ne sont pas adoptées, comme les nouveaux modes opératoires qui sont immédiatement employés. Ceci a souvent une raison psychologique, car le jeune spécialiste qui, pour la première fois, doit choisir un procédé de traitement de l'empyème de l'antre, aura plutôt recours au perforateur ou au ciseau qui donnera sûrement issue au pus, et lorsque son malade sera guéri, il ne se demandera pas s'il aurait pu se passer d'intervenir. Aussi l'auteur va-t-il donner les résultats détaillés de son expérience du traitement conservateur. En tout il a rencontré environ quatre-vingt-dix différents empyèmes sur cinquante-deux malades, dont vingt-trois suppurations du sinus maxillaire chez dix-sept malades. Sur ce nombre, sept cas simples, sans complications ; cinq d'entre eux furent traités régulièrement et guérissent d'une façon durable par sept, douze, dix-sept, trente et quarante et une irrigations qui se prolongèrent d'une semaine à quatre mois. Les cas les plus anciens remontent déjà à quatre et cinq ans et ont été contrôlés à plusieurs reprises.

W. était opposé à l'idée de l'origine dentaire de l'empyème de l'antre d'Highmore, qui, depuis quelques années, a de moins en moins de partisans, parce que les nombreuses recherches anatomo-pathologiques ont démontré la fréquence d'affections de la muqueuse des sinus, au cours des diverses maladies infectieuses aiguës, et que nous avons appris à connaître beaucoup de

suppurations des autres sinus qui n'ont rien à voir avec les dents, et qu'à la suite des épidémies d'influenza nous avons observé un grand nombre de cas d'empyèmes.

L'auteur communique ensuite les résultats des recherches de Zuckerkandl et Dmochowski sur la spontanéité des inflammations aiguës de la muqueuse des sinus, et il cite quelques observations personnelles et empruntées à la littérature qui concordent parfaitement. Au cours de cette année, il s'est convaincu que la majeure partie des suppurations des sinus tend à guérir spontanément, si l'on assure l'écoulement régulier du pus et que dans ses observations les plus probantes la suppuration infectieuse originelle a guéri spontanément ; dans ces cas il reste une suppuration de corps étranger qui est entretenue par la masse purulente caséuse et qui cesse lorsque celle-ci s'écoule par une voie naturelle ou artificielle (à condition, bien entendu, que la destruction ne soit pas plus profonde), comme chez un enfant atteint d'une inflammation nasale répandant une odeur infecte, à la suite du séjour prolongé d'un corps étranger, et qui guérit en peu de jours à la suite de son extraction. C'est seulement de cette manière que l'on peut expliquer les guérisons rapides obtenues par nombre d'auteurs au moyen de diverses méthodes, et l'on en a un exemple frappant dans le cas que W. présenta le 9 janvier dernier et qui concernait un empyème fétide, caséux de l'antre, remontant à neuf mois, guéri totalement par sept lavages à l'eau chaude, malgré une carie de la seconde molaire et de la première molaire atteinte d'une fistule, qui cessa de suppurer après le nettoyage et le plombage de la dent qui furent exécutés seulement quelques semaines après la guérison de l'empyème.

---

*Séance du 5 mars 1896* <sup>(1)</sup>.

*Président* : Prof. Störk.

*Secrétaire* : Dr GROSSMANN.

Le Dr Ronsburger, secrétaire, annonce que la Société a reçu des lettres de remerciements des Drs Semon, Gouguenheim et Schmidt nommés membres honoraires.

(1) D'après la *Wiener klin. Woch.* 16 mars 1896.

1. PANZER montre une coupe de **fibrôme laryngien** de dimension extraordinaire. Le malade se présenta en juillet 1890 à la consultation du Prof. Chiari; il a 52 ans, est fleuriste et est enrôlé depuis quelques mois. Le malade ne fournit pas d'autres renseignements. A l'examen, tout l'orifice du larynx apparaît obstrué par une tumeur plus grosse qu'une noisette, à surface plane, avec quelques bosselures. La tumeur est très transparente, et mobilisée par le courant d'air. Elle provient vraisemblablement de la corde vocale droite. Ablation facile au moyen du serre-nœud. Après l'opération on voit sur la face supérieure de la corde droite une plaie s'étendant sur toute la corde et portant sur ses bords de petits faisceaux muqueux. Donc la tumeur provenait de la corde vocale et non du ventricule de Morgagni.

L'examen histologique révéla quelques particularités. La tumeur était revêtue partout d'épithélium pavimenteux. Par places on voyait des cavités bourrées de masses homogènes, qui se coloraient à l'éosine d'une façon intense. Il s'agit très probablement d'une exsudation séreuse entre les épithéliums, à dégénérescence hyaline (Prof. Kolisko). La tumeur offre divers aspects, suivant les coupes. Dans quelques-unes, on voit seulement un tissu fibreux contenant des cellules rondes, d'autres renferment des faisceaux de tissu infiltrés de sérosités; à d'autres endroits on voit des masses homogènes colorées à l'éosine (hyaline). Plus loin on remarque des cellules fuselées avec de gros noyaux fibreux et de petites cavités dues à la séparation du tissu.

D'après l'image histologique, on diagnostique un fibrôme avec modifications secondaires, transsudation séreuse, kystes ramollis, dégénérescence hyaline. On explique ces symptômes de dégénérescence par la mobilité de la tumeur, qui aurait facilité, lors de la phonation, la flexion de la base et les troubles de la nutrition.

2. WEIL poursuit la lecture qu'il a commencée à la dernière séance sur les **suppurations des sinus et du sinus maxillaire en particulier**.

Pour s'assurer du diagnostic d'empyème de l'antré d'Highmore, si la ponction exploratrice à travers l'orifice maxillaire a échoué, l'auteur pratique la ponction à travers le méat inférieur, d'après M. Schmidt, procédé qu'il a trouvé presque infaillible dans environ trente cas, simultanément avec l'injection exploratrice de Lermoyez. W. trouve les aiguilles ordinairement employées trop grosses, celles de 0,9 à un millimètre d'épaisseur

transpercent plus aisément les os. La pointe doit être recourbée à cause de la direction descendante de la ponction, et pour que l'on puisse s'assurer, en faisant tourner l'aiguille, qu'elle est dégagée dans la cavité; cela est indispensable dans la ponction exploratrice, car autrement, l'on pourrait injecter facilement le liquide sous la muqueuse ou même dans la joue, ce qui peut amener des accidents tels que des suppurations ganglionnaires. Une antiseptie sévère est de rigueur.

Quand le résultat est positif, Weil fait suivre la ponction exploratrice d'une pulvérisation qui doit durer jusqu'à ce que l'eau ressorte par le nez, ce qui facilite notablement le traitement consécutif à travers l'orifice maxillaire.

Lorsque l'empyème est certain, il faut chercher l'orifice maxillaire, et si on ne le trouve pas immédiatement, il faut recourir à la résection partielle du cornet moyen, et n'enlever que les bords qui entravent les mouvements de la canule du pulvérisateur dans le méat moyen et empêchent de trouver l'orifice maxillaire. L'auteur a dû recourir dans environ un cinquième des cas à cette petite intervention sans importance.

Weil énumère ensuite les diverses objections élevées contre cette thérapeutique, la principale est que les malades ne peuvent pas se soigner eux-mêmes. Toutefois, la femme que l'auteur a présentée le 2 mai 1893 à la Société Viennoise de Laryngologie l'a appris facilement et l'a montré à la séance du 5 décembre (cette particularité a été omise par mégarde dans le compte-rendu); il en fut de même pour une autre malade ayant conservé le cornet moyen. Weil fait voir les canules, soit fixes, soit démontables. Il a lu, l'été dernier, dans le volume de Störk, que ce dernier employait depuis longtemps les irrigations faites par les malades, mais il n'en avait pas eu connaissance auparavant.

L'auteur explique alors comment, par une observation soigneuse (par exemple la mensuration régulière de la suppuration écoulée), on peut conclure des chances de guérison de la cavité interne et ainsi tirer un pronostic vraisemblable, et dit que pour s'assurer souvent de l'introduction de la canule, il a eu recours à des injections exploratrices de substances faciles à reconnaître (chlorure d'argent, dermatol). W. parle ensuite de diverses particularités des procédés opératoires et des avantages et désavantages du traitement conservateur, ainsi que des opinions les plus récentes, consignées dans la littérature (Ziem, Avellis, Noltenius, Jansen, Grünwald).

L'auteur n'a vu qu'une fois la trépanation par la fosse canine, elle fut faite malgré lui et l'affection récidiva pendant des mois avec des hémorrhagies mettant la vie en danger; il ne s'explique son emploi que parce qu'elle ne réclame pas de technique ni d'instruments spéciaux, et se trouve ainsi à la portée de tous les médecins. Il trouve aussi très regrettable, dans l'intérêt de la science, que l'on publie si rarement les insuccès de traitement des empyèmes.

L'opiniâtreté de nombreux empyèmes de l'antre d'Highmore provient rarement de modifications prononcées de la muqueuse et des os, mais le plus souvent d'une coïncidence avec d'autres empyèmes. Weil en conclut que, dans la plupart, peut-être dans tous les empyèmes combinés, le labyrinthe ethmoïdal est souvent le point central de l'affection et attaqué primitivement; mais fréquemment on évite la suppuration des cellules ethmoïdales. L'auteur cite quelques observations et publiera ultérieurement une monographie complète sur les suppurations ethmoïdales. Dans ces cas, les résultats du traitement sont naturellement bien plus mauvais; l'auteur obtint presque toujours une amélioration marquée et c'est seulement depuis ces derniers temps, où il porta son attention sur les suppurations ethmoïdales, qu'il observa plusieurs guérisons.

Pour les autres sinus il faut faire les mêmes remarques, à part les cellules ethmoïdales que jusqu'ici nous avons rarement sondées et irriguées, et que nous dûmes souvent ouvrir largement, sans être fixés sur l'affection osseuse. Beaucoup de suppurations des sinus frontaux et sphénoïdaux peuvent être imputées à l'empyème de l'antre d'Highmore.

WEIL résume ses idées en disant que la lésion des parois osseuses des sinus complique et entrave la guérison et que le dégagement des ouvertures naturelles et leur lavage (éventuellement au nitrate d'argent) se rapproche le plus de la guérison spontanée, et constitue donc le traitement le plus rationnel. C'est seulement lorsqu'au bout de plusieurs mois on n'aura aucun résultat qu'il faudra recourir aux moyens énergiques; mais l'auteur est d'avis de bannir totalement la curette de la thérapeutique des suppurations des sinus.

Plusieurs membres de la Société émettent le vœu adopté, que la discussion de cette question soit reportée à la prochaine séance.

---

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance de novembre 1895.

Président : FÉLIX SEMON.

1. SEMON montre une coupe de **myxome du larynx**, la tumeur est constituée par un mince réseau de fibrilles délicates renfermant des cellules polymorphes recouvertes par les délicats prolongements du reticulum.

2 J. B. BALL montre un cas de **paralysie de la corde vocale gauche** survenue à la suite d'un surmenage de la voix pendant l'élection d'Haumensmith; syphilis il y a 8 ans. Pas d'autres maladies à signaler. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant un mois avant son entrée.

HAVILLAND HALL mentionne un cas de paralysie de la corde vocale gauche qui précéda d'environ un an les autres signes d'un anévrysme de la crosse de l'aorte retrouvé à l'autopsie. Il rappelle un cas de ce genre signalé par le Président dans lequel la paralysie de la corde gauche avait précédé de plusieurs mois les autres signes d'un anévrysme. Le cas de M. Ball peut être analogue.

BRONNER pense que la paralysie peut être d'origine centrale comme cela arrive pour l'œil.

SEMON. Il est possible que la paralysie soit d'origine centrale mais on ne peut spécifier la cause dans un examen de quelques minutes. Il serait bon que ces malades soient suivis, qu'on n'en néglige pas l'autopsie. Il faut aussi penser au tabes et examiner les réflexes.

BALL. Dans ce cas les réflexes étaient normaux.

3. BOWLBY montre un cas de **névrose du larynx consécutif à une laryngite compliquant la fièvre typhoïde**. Le malade, âgé de 48 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Barthélémy dans le service du Dr Heusley le 27 août 1894. La maladie marcha sans complications jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre, il commença alors à entendre moins bien et le 11 l'ouïe était totalement perdue. Le 2 octobre débute une laryngite, le 3 M. Bowlby est appelé près du malade atteint d'une



dyspnée intense. Il y avait alors un énorme gonflement de tout le larynx, surtout au niveau des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales et une petite ulcération à la partie postérieure de la corde vocale gauche. — Les mouvements des deux cordes vocales étaient gênés, la gauche étant tout à fait immobilisée. L'ouverture glottique était très rétrécie. La respiration était stridente, le malade cyanosé, abattu. La trachéotomie amena un soulagement immédiat. — En octobre, décembre et janvier, plusieurs tentatives furent faites sans succès pour retirer la sonde. En février et mars on tenta la dilatation du larynx. L'épaississement du larynx et de la région sous-glottique persistait. La corde vocale gauche est immobile, la droite se meut imparfaitement. Le malade attend avec anxiété une opération qui lui permette de respirer sans la sonde. Peut-être serait-il avantageux pour lui d'exciser la corde vocale gauche et les tissus épaissis voisins.

SCANES SPICER rappelle qu'il a présenté il y a un an un cas analogue. On lui suggéra alors de tenter la dilatation avec le dilatateur de Whistler et les tubes de Schrötter. Cela fut impossible. Le larynx fut ouvert et une partie de la muqueuse excisée. On plaça alors un tube à intubation. Mais aussitôt qu'il fut enlevé la dyspnée reprit et on dût replacer la canule à trachéotomie.

DUNDAS GRANT, dans un cas semblable a eu de mauvais résultats avec l'intubation.

C. SYMONDS rappelle les cas qu'il a présentés à la précédente séance, où il a montré les résultats donnés par l'ablation de la corde vocale et des tissus adjacents.

SEMON remarque que dans un cas où'on avait pratiqué malgré son avis la thyrotomie les résultats avaient été très bons. — Il est étonnant de constater la somme de voix qu'on conserve après l'ablation de la corde vocale et des tissus adjacents.

BOWLBY répond qu'il a exposé à son malade les chances de perte de voix qu'il avait et l'a laissé libre de subir ou non l'opération.

4. BRONNER montre une coupe microscopique d'un myxome hémorrhagique de l'amygdale linguale chez une albuminurique. Cette tumeur fut expulsée spontanément en 3 jours. Elle était entourée d'une épaisse capsule avec bandes concentriques d'un tissu rouge, à la place qu'elle occupait la langue présente une cicatrice étoilée.

PEGLER pense que la tumeur est un mélange de tissus adénoïde, lymphoïde et fibreux.

5. WILLIAM HILL montre un cas de régénération des tissus du cornet inférieur après ablation complète de celui-ci.

PEGLER pense qu'il s'agit là d'un tissu œdématisé qui gênera plutôt la respiration et voudrait connaître les résultats de l'examen microscopique.

HILL ne pense pas qu'il s'agisse de cela. Il attendra que le tissu soit plus complètement organisé.

6. KANTHACK montre une ulcération typhoïdique du larynx, un papillome hypertrophique diffus du larynx, un empyème du sinus maxillaire.

7. PERCY KIDD montre un cas de pachydermie de l'espace inter-aryténoidien. Une femme de 33 ans souffre depuis 8 ans d'enrouement. L'espace inter-aryténoidien, d'une belle couleur rose, est le siège d'un épaississement plus marqué à gauche. Les cordes vocales sont légèrement épaissies et un peu paresseuses. Pas de signes de syphilis ni d'autres maladies. Traitement : iodure de potassium à l'intérieur. Badigeonnages locaux à la solution iodée de Mandl, et pulvérisations d'acide lactique à 2 % avec l'appareil de Siegle. L'épaississement a légèrement diminué mais l'enrouement persiste.

BUTLIN pense qu'il s'agit de tuberculose et conseille l'examen microscopique et la galvano-caustique thermique.

BRONNER a eu de mauvais résultats avec le galvano-cautère et préfère la pince.

SYMONDS pense que s'il s'agissait de tuberculose l'enrouement serait plus fort ; il conseille le curettage et l'acide lactique.

TILLEY a montré un cas semblable il y a 6 mois. L'acide lactique ne modifia rien, le curettage donna une légère amélioration. Le malade va mieux surtout depuis qu'il ne prend plus d'alcool.

SEMON fait remarquer qu'on a signalé ces lésions seulement chez les alcooliques quand parut la thèse de Hünnermann faite sur ce sujet sous l'inspiration de Virchow.

SCANES SPICER les considère comme d'origine inflammatoire, souvent les amygdales et la partie supérieure de la gorge sont aussi épaissies.

DUNDAS GRANT demande si on a essayé l'électrolyse.

KIDD répond qu'il ne pense pas qu'il y ait là du tubercule. Il en prendra un morceau avec une curette. Il n'y avait pas chez sa malade de signes nets d'alcoolisme bien qu'elle ait servi dans les brasseries. Il pense qu'il s'agit d'hypertrophie simple des tissus.

8. PERCY KIDD montre un échantillon d'ulcération syphilitique de la trachée avec rétrécissement cicatriciel des deux grosses bronches.

9. ED. LAW montre un cas de **lupus du pharynx et du larynx**. C'est un enfant de 10 ans. Il a eu deux fois la varicelle, une rougeole et la scarlatine il y a 2 ans, et depuis il est toujours patraque. Il y a six mois que l'enrouement a débuté. Il est le septième de huit enfants, le dernier est mort de consommation intestinale, une sœur a eu une mauvaise toux et un lupus du dos et des mains pendant cinq ans. Le malade présentait une infiltration du voile du palatin et des piliers antérieurs, et des cicatrices sur le voile du palais et le pilier postérieur droit. L'épiglotte était très épaissie, noueuse, la pointe détruite par une ulcération. La région aryténoïdienne et les ventricules étaient gonflés, œdémateux, les ganglions du cou engorgés, il y avait des granulations dans l'oreille gauche. Le docteur Law a vu ce malade il y a dix jours et a appris qu'il avait été très amélioré par le sirop d'iodure de fer. Il essayera l'acide lactique localement et à l'intérieur l'arsenic.

**LAW. Obstruction du nez par déviation de la cloison et autres causes.** C'est un malade de 17 ans qui en plus d'une déviation de la cloison présente des tumeurs adénoïdes et des polypes bouchant les fosses nasales postérieures. Secrétion muqueuse abondante, anémie profonde. Très amélioré par le fer, l'arsenic et l'ablation des tumeurs adénoïdes le malade est encore très gêné par l'obstruction nasale. Quelle est l'opération à faire ?

TILLEY et DUNDAS GRANT conseillent l'ablation du cornet avec l'instrument de Jones modifié par Hawskey puis la perforation de la cloison.

HILL enlèverait seulement l'extrémité postérieure du cornet inférieur.

LAW répond qu'il essayera d'abord d'enlever les tissus hyper-

trophies des fosses nasales postérieures et l'extrémité antérieure du cornet droit avant de toucher à la cloison.

10. SPICER montre une tumeur verruqueuse de nature suspecte sur la corde vocale d'un homme de 54 ans. Le malade est enroué depuis deux ans. La corde vocale gauche est injectée, légèrement déviée et lente à se mouvoir; au centre de la portion ligamenteuse est un nodule rouge sombre, bien limité, sessile. Pas de difficulté à avaler ni à respirer, pas de douleur, pas d'amaigrissement, pas d'antécédents syphilitiques, aucun engorgement ganglionnaire. Ces signes font penser au cancer. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant une quinzaine de jours.

PERCY KIDD pensa à l'angiome et tenterait l'ablation.

SEMON et BUTLIN recommandent l'examen endolaryngoscopique et microscopique avant d'intervenir. Ils pensent la tumeur suspecte et peut-être périodique.

SEMON a vu il y a quelque temps un cas analogue chez un malade de 36 ans, il fit la thyrotomie et enleva la corde vocale gauche infiltrée à sa partie antérieure par une volumineuse tumeur dont l'examen montre la nature granulomateuse.

11. W. R. STEWART montre un cas d'affection maligne de l'œsophage chez une jeune fille de 23 ans.

BUTLIN en a vu un semblable chez une fille de 24 ans.

12. CLIFFORD BEALE. Tubercule ou cancer. — Un marin de 47 ans a eu, il y a deux ans, de l'infiltration tuberculeuse au sommet d'un poumon, et quelques mois après il perd la voix. Le larynx est le siège d'une tumeur sèche, paraissant partir du ventricule et englobant en partie la corde vocale gauche qui est très peu mobile. Gros ganglion au cou. La maladie laissée sans traitement en observation pendant trois semaines s'améliora beaucoup. La corde vocale reprit en partie ses mouvements, la tumeur diminua considérablement. Il s'agissait donc probablement de lésion tuberculeuse car la lésion pulmonaire a rétrogradé en même temps.

BUTLIN pour affirmer la tuberculose voudrait un examen plus complet.

SEMON pense à une affection maligne et croit l'iodure de potassium indiqué.

HALL a vu un cas analogue nettement tuberculeux.

43. DUNDAS GRANT montre un malade atteint de **kyste de la glande sous-maxillaire dû à un calcul salivaire**. La tumeur était rouge, très sensible et siégeait près du canal de Wharton. On ne sentait pas les calculs, il y avait une petite fistule près du frein de la langue. Au bout de quelques jours la tuméfaction diminua sous l'influence du calomel et du chlorate de potasse et le malade raconta que quelques jours avant, en se gargarisant, deux petites pierres étaient sorties de la région malade.

SPENCER dans un cas analogue a dû pratiquer l'incision de la tumeur et a pu voir le calcul.

L. R. REGNIER.

---

#### SOCIÉTÉ DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES HONGROIS

Compte-rendu par le Dr POLYAK

13<sup>e</sup> Séance, 47 octobre 1895.

4. ZWILLINGER. — **Corps étranger ayant séjourné huit mois dans le nez, écoulement fétide. Asthme.** — Jules B. âgé de 57 ans, négociant à Győr, se présente le 5 août 1895 à la consultation publique de laryngologie (N° 426 du cahier) où il raconte que son médecin lui a appliqué un tampon pour des épistaxis le 12 décembre 1894 ; mais ni le confrère qui l'avait introduit, qui fit de fréquentes tentatives, ni d'autres médecins consultés ultérieurement ne réussirent à extraire le tampon qui est toujours dans le nez, provoque des douleurs intolérables et des troubles respiratoires et répand une telle puanteur que personne ne veut plus approcher le malade qui est ainsi entravé dans son existence de marchand.

Le malade est fort, a le cou court et présente une artériosclérose avancée. Par la rhinoscopie antérieure, on voit que la narine gauche est remplie d'un pus abondant d'un jaune verdâtre, la muqueuse est d'un rouge bleuâtre foncé, tuméfiée, on n'aperçoit pas le corps étranger, mais avec la sonde on sent au fond du nez un obstacle mou dans lequel l'instrument ne pénètre qu'à un demi centimètre de profondeur. La rhinoscopie postérieure

est pratiquée aisément et laisse voir la choane gauche obstruée par des masses étrangères recouvertes de croûtes d'un gris foncé. On ne distingue pas l'extrémité postérieure des cornets. La choane droite est libre et normale.

Après que le sondage eut amené une violente hémorrhagie, j'échouai dans mes essais pour retirer le corps étranger soit au moyen de divers instruments, soit en avant, soit par le pharynx nasal (j'ai même eu recours à la tête renversée en arrière que l'on déconseille ordinairement), d'après la consistance molle du corps étranger et en raison de l'âge du malade et de l'incertitude de ses renseignements, je songai à un néoplasme, lorsque je réussis avec le serre-nœud, par lequel je voulais enlever un fragment de la masse dans un but diagnostique, à tirer en avant un fil long de 3 centimètres attaché au tampon, je le saisis entre les doigts et pus de cette façon attirer avec peine et malgré sa surface glissante le tampon exceptionnellement gros et imbibé de pus, de sang et de mucus. Comme on le voit, le tampon même sec atteignait un volume extraordinaire (ici l'auteur montre le corps du délit) et son odeur suffit, au bout de six semaines, à s'assurer que les plaintes du malheureux malade étaient fondées.

Il serait à désirer que des règles plus précises fussent élaborées pour savoir si dans l'épistaxis il faut tamponner ou non ; et il serait surtout très important que ces règles fussent observées par les confrères. J'ai appris que nombre d'entre eux — les jeunes en particulier, — en présence d'une épistaxis un peu forte, sans s'inquiéter d'abord d'où provient l'hémorrhagie ni employer des méthodes plus douces et souvent mieux appropriées, ont recours à la sonde de Bellocq, fréquemment contre toute indication. Je n'ai pas l'intention de m'étendre longuement ici sur le tampon de Bellocq, mais je veux faire remarquer combien il est facile de s'en tenir à la règle, suivant laquelle la dimension du tampon indique la taille probable de la choane. Le médecin en question avait vraisemblablement oublié cette règle, aussi dût-il user d'une force telle, que, suivant l'expression du malade, sa tête a presque éclaté ». C'est seulement au bout de huit jours que l'on a cherché à enlever le tampon, bien que cela eut dû être tenté deux jours après la cessation de l'hémorrhagie.

J'ai fait suivre l'extraction de pulvérisations nasales au moyen de solutions antiseptiques. La suppuration s'est bientôt réduite au minimum, la fétidité a disparu et la respiration est redevenue normale. Je n'ai pas cru devoir donner une description com-

plète des crises d'asthme très typiques, assez fréquentes dans ces derniers temps et qui ont beaucoup fatigué le malade.

*Discussion.*

V. NAVRATIL. — Je puis affirmer aussi que les médecins négligent très souvent de rechercher la source de l'hémorrhagie et emploient le tampon de Bellocq même lorsque le siège de l'épistaxis réclamerait l'application d'autres moyens.

2. LICHTENBERG. — **Tympanite aiguë, abcès sous-dural, opération, guérison, deux observations.** — L'économie de la nature a, dans les suppurations aiguës de la caisse, pris de sages mesures pour le bien de l'homme, de sorte que malgré le lieu d'élection que peuvent atteindre par des voies nombreuses et commodes les tissus phlogogène et pyogène, on observe très rarement relativement des affections intra-crâniennes à la suite de tympanites aiguës. L'observation des proportions anatomiques de la caisse nous démontrera que toutes les maladies de la cavité mastoïdienne devraient être en rapport, mais malgré cette opinion absolument motivée, les complications mastoïdiennes sont relativement rares.

Je présenterai aujourd'hui à la Société deux cas dans lesquels le point de départ d'un empyème mastoïdien donna lieu à une tympanite aiguë.

Toutefois les observations ont différé au point de vue clinique, opératoire et nosologique.

Le premier malade me consulte le 14 août 1893 et me raconte que 10 semaines auparavant, en rentrant d'une excursion, il a ressenti de vives douleurs dans et derrière l'oreille droite, et que le pouvoir auditif a considérablement diminué de ce côté. Pendant 3 jours il ne fit pas attention à son mal, mais le sixième jour, il appela un auriste qui pratiqua immédiatement la paracentèse qui fut suivie d'une abondante issue de pus de l'oreille malade. Après 14 jours de traitement durant lesquels l'écoulement auriculaire et les douleurs surtout en arrière dans les os persistèrent, le médecin déclara son malade guéri et lui conseilla, en raison des souffrances qu'il ressentait derrière l'oreille et qui s'irradiaient dans l'oreille, dans les tempes et en arrière, considérées comme nerveuses, de s'adresser à un neurologue. Quatre semaines d'électrisation ne soulagèrent pas le

malade (je n'ai pu être renseigné sur la qualité du courant), mais durant ce laps de temps la sécrétion fut minime. Il alla voir alors un autre confrère qui lui fit poser deux sangsues sur la mastoïde mais sans succès, car au bout de 24 heures les douleurs reparurent. Un autre otologiste l'envoya à la campagne pour se remettre.

Les températures n'ont pas été relevées durant ces 10 semaines. Le malade est très amaigri. Le conduit auditif externe est normal, il n'y a eu qu'une petite quantité de pus. La perforation tympanique postéro-supérieure est insuffisante.

Le cathétérisme provoque de faibles ronchus légèrement vésiculaires. La mastoïde est à peine gonflée, mais très sensible au toucher. Les douleurs postéro-supérieures étendues ne cessent pas, même la nuit.

Ma première idée fut d'agrandir en haut et en bas la perforation tympanique insuffisante et de pratiquer des insufflations afin de faciliter l'issue du pus aujourd'hui limpide et abondant à travers la caisse.

Pouvoir auditif du côté malade 0/60; Weber latéralisé du côté malade; Rinne. — En dépit de l'écoulement libre et profus du pus et de l'application énergique du froid, les souffrances ne s'amendèrent pas. Température 37,2; Pouls 95.

Au bout de 5 jours, lorsque les douleurs devinrent intolérables, je diagnostiquai en me basant sur la durée de l'affection et sur l'ensemble des symptômes un empyème mastoïdien malgré que le signe pathognomique — abaissement de la portion postéro-supérieure du conduit auditif externe — fit défaut, et le 18 août je pratiquai la perforation mastoïdienne typique en présence de MM. Feldbaum et Rothbart. La corticale était saine, les cellules pneumatiques cariées et remplies de pus. L'antre perforé à une profondeur de 2 centimètres et demi fut trouvé totalement carié, et en l'ouvrant il s'écoula beaucoup de pus. Fistule en haut, avec écoulement purulent dans le canal opératoire. L'antre est complètement ouvert; par l'éclairage électrique intense on voit jusqu'à l'aditus et la courte apophyse de l'enclume toutes les parties cariées sont enlevées et la dure-mère est mise à nu. D'après ce résultat, notre cas appartient à la catégorie des abcès sous ou extra-duraux. Pansement à la gaze stérilisée.

Au bout d'une demi-heure de repos après l'anesthésie, le malade est transporté à son domicile à Bude dans une voiture d'ambulance sur un lit fixe suspendu qui empêche toute secousse.



Le pansement est changé 5 jours après. Le conduit opératoire renferme beaucoup de pus, nettoyage à sec, défense au début de tout lavage, tamponnement lâche, pas de fièvre. La plupart des douleurs ont disparu, elles reviennent pendant trois semaines mais d'une manière supportable, surtout dans la région occipitale. La perforation tympanique guérit totalement en 10 jours, la suppuration auriculaire cesse. Audition actuelle 4/60. Il s'agissait donc d'un abcès sous-dural avec tendance à se propager à la cavité crânienne moyenne sans cette manifestation. Ceux qui ont déjà observé ce fait ne s'en étonneront pas.

La seconde observation est tout à fait différente, bien que l'origine de l'affection soit identique, mais malgré le caractère dangereux de la maladie, l'organisme du malade a présenté une tolérance rare. Le malade se plaignit d'abord au commencement de décembre 1894 de douleurs localisées dans et derrière l'oreille droite, et qui, depuis quatre mois et demi, l'empêchaient de travailler, car il devait toujours garder le lit ou la chambre. Dans les premiers jours de mai les souffrances augmentèrent, mais il ne consulta pas de médecin et comme son état s'améliora, il reprit ses occupations. A la fin de mai les douleurs intolérables de l'oreille et de la mastoïde reprirent de plus belle, et le malade dut se coucher jusqu'au 18 juin 1895, date où il arriva à la Polyclinique. Le malade était très amaigri. Conduit auditif tuméfié, membrane tympanique opaque, proportions de niveau normales. Mastoïde sensible extérieurement, infiltrée, œdématisée. Ronchus vésiculaires accentués par le cathétérisme. Pas d'écoulement d'oreille. Après un examen soigneux je diagnostiquai un empyème mastoïdien et fit deux jours après l'opération à la Polyclinique en présence de MM. Baumgarten, Tomka, Feldbaum et Rothbart.

Avant l'opération, pendant l'anesthésie, paracentèse, cathétérisme, pus limpide abondant. Perforation classique. Corticale un peu colorée. Après l'ablation d'une mince couche osseuse, suppuration épaisse, mastoïde remplie de granulations et totalement cariée. L'antre était situé plus haut que normalement, détruit et obstrué par du pus épais. Toutes les parties malades furent extraites, la plaie osseuse avait plus de deux centimètres de long et un centimètre et demi de large.

Pansement ordinaire à la gaze stérilisée. Température préopératoire 39,8. Le pansement est changé au bout de six jours, pas de fièvre, les douleurs cessent et ne reparaissent plus. Prohibition au début de tout lavage. Cicatrisation complète en six semaines.

Bien que la maladie remontât à six mois, la guérison n'a demandé que six semaines, au contraire du premier cas où après 10 semaines de maladie, il persiste une petite ouverture mastoïdienne. De plus, dans le second cas l'audition atteint 30/60, avant l'opération = 0. Dès le premier changement de pansement il n'y avait plus trace de pus dans l'oreille et la membrane tympanique était cicatrisée.

*Discussion.*

SZENES. — Ayant vu le premier malade je ferai remarquer qu'il habite dans le voisinage de la Charité et m'a consulté une fois en même temps que le directeur de l'hôpital M. Ludwick.

A ce moment je n'avais pas trouvé d'indication pour le traitement opératoire ou local. Le malade avait mauvaise mine, mais il ne souffrait pas. Nous lui conseillâmes de passer l'été au frais. Peu après je reçus la visite de la femme du malade qui me raconta que son mari ressentait des douleurs épouvantables et que le séjour à la campagne n'avait produit aucun effet.

Donc, lorsque je vis le malade il ne présentait pas de symptômes objectifs et je ne pus proposer une intervention.

LICHTENBERG, d'après le résultat de l'opération, s'élève contre cette opinion.

---

14<sup>e</sup> Séance, 24 novembre 1895.

1. ZWILLINGER. — Paralysie laryngée consécutive à une lésion de la base du cerveau. — Le malade a été présenté le 26 octobre à la Société royale de Médecine comme étant atteint de méningite basilaire. J'avais seulement esquissé l'état du larynx et je regrette que mes confrères présents n'aient pas vu le sujet à cette époque.

Bien que les symptômes qui nous intéressent se soient notablement améliorés à la suite du traitement et qu'actuellement ils ne soient presque plus apparents, j'ai cru devoir vous montrer le malade. Je dépeindrai d'abord son état général, puis je passerai à la description du larynx.

Homme de 33 ans, employé de l'État. En mars 1893, se déclare une paralysie faciale droite qui ne cède pas au traitement ioduré et à l'électrisation, et qui subsiste encore en partie. De plus déjà à ce moment le malade ne percevait pas la montre du côté droit. Pas de syphilis.

En 1880 on lui a enlevé à l'hôpital militaire deux verrues (Warzen) qui s'étaient développées au cours d'une blennorrhée. Des douleurs apparaissent en 1884 dans le bras droit, elles résistent à un pansement plâtré et ne guérissent que par des frictions mercurielles. Le 17 octobre le malade se plaint d'un malaise général et de maux de tête, il ne peut remuer son œil droit extérieurement, voit double, est enrôué et rend les aliments. Examen approfondi : paralysie des abducteurs, paralysie pharyngo-laryngée, anesthésie du trijumeau et de l'acoustique du côté droit. Vision normale. Examen ophtalmoscopique normal à part une hyperémie veineuse. D'après la voie différentielle et à l'aide des antécédents malgré la dénégation de l'infection, on diagnostiqua une affection syphilitique de la base du cerveau et le traitement mercuriel fut institué. Dès la quatrième application, on vit une régression de la récente paralysie des nerfs cérébraux, et actuellement la paralysie des abducteurs et celle de la voûte palatine à droite sont guéries et la paralysie laryngée est visiblement améliorée. Au premier examen laryngoscopique on voit la voûte palatine droite paralysée et la luette de travers. Sur l'arc glosso-palatin à droite et à gauche existe une rougeur diffuse et des pertes épithéliales de la dimension de têtes d'épingles. Pendant la phonation la moitié droite du larynx demeure complètement immobile, mais sur le cartilage aryénoïde droit on observe un petit mouvement de contraction, la corde vocale est excavée et tout à fait en abduction.

Toutefois, ainsi que cela arrive souvent, pendant que la moitié gauche se rapproche de la droite sur la ligne médiane. On peut donc constater la paralysie totale des muscles innervés par le nerf laryngien. La sensibilité est intacte. Après la quatrième friction, la moitié droite du larynx exécute un léger mouvement vers la ligne droite médiane, le cartilage aryénoïde se meut plus librement. Les mouvements progressent, mais sont encore lents après les sixième et septième frictions ; mais l'occlusion glottique n'est pas complète, car la corde vocale droite reste toujours concave. Mais il se produit alors un autre accident, la glotte demeure oblique.

Cet examen est fort intéressant au point de vue de l'innerva-

tion du muscle crico-thyroïdien. Il semble que la corde vocale saine siège plus haut que la paralysée.

Pendant la phonation on s'aperçoit seulement que le mouvement du côté droit n'est pas aussi prompt qu'à gauche. La corde vocale gauche n'atteint pas encore sa tension normale. La glotte est encore un peu oblique, et la voix légèrement voilée. La mobilité et la sensibilité du voile palatin sont normales. Le malade a subi jusqu'ici 26 frictions.

#### *Discussion.*

NEMAI. — Je partage l'opinion de M. Zwillinger qui voit la corde vocale gauche saine et la droite paralysée ; en ce qui concerne la différence de niveau, je trouve que la corde vocale saine est située plus profondément que la paralysée. Ceci confirme ce que j'avais observé en expérimentant sur les animaux, et on peut par là s'occuper de la paralysie du muscle crico-thyroïdien droit.

BOEKE. — Je ne suis pas complètement au courant de l'anamnèse, mais je ne crois pas que dans ce cas la paralysie faciale soit d'origine centrale car dans les affections centrales, la paralysie faciale apparaît du côté opposé à la paralysie acoustique. Je suis plutôt enclin à croire qu'il existe une affection auriculaire locale qui a provoqué la paralysie acoustique, et je regarde la paralysie faciale comme d'origine périphérique et non centrale.

KREPUSKA. — Il faudrait connaître l'action du cœur et savoir si le pouls retarde ou est arythmique ? Ces symptômes cliniques sont très importants, si nous avons affaire à une affection centrale. Je crois que chez le malade présenté, il s'agit vraisemblablement d'une augmentation de substance, qui exerce une action sur l'acoustique et le facial, lorsqu'ils marchent de concert. Mais l'anesthésie acoustique est incomplète. Dès le début le malade a ressenti des troubles de l'oreille et est devenu sourd du côté droit. Il n'entend pas encore la montre Weber à gauche +, Rinne à droite +, examen de la caisse négatif. D'après ces accidents, et à cause de la paralysie faciale du même côté on doit admettre que l'affection provient du point où convergent les 7 et 8<sup>e</sup> nerfs, c'est-à-dire du point où ils sortent de la moelle allongée jusqu'au plancher du conduit auditif. L'affection du nerf vague fait croire aussi que la maladie ne provient pas du

conduit auditif interne, mais du point de départ des nerfs dans la moelle.

Je n'ai voulu exprimer tout cela que *per tangentem* car pour être sûr de l'étiologie et de la localisation de l'affection, il faut préalablement examiner complètement le malade et suivre la marche de la maladie.

BOEKE. — On trouve aussi dans la littérature otologique des cas de syphilis cérébrale, où des exostoses et des tophi ont été rencontrés sur les 7 et 8<sup>e</sup> nerfs et ont provoqué une pression dans le conduit auditif interne.

SZENES. — Il existait peut-être chez le malade présenté à côté des altérations du goût des localisations du mal qui auraient révélé qu'il provenait du voisinage de la périphérie.

Il est peu probable que le siège de la maladie — cause de la paralysie — eût été le cervelet, où l'affection acoustique et faciale aurait fait éclore une tumeur, car les frictions de la région faciale ont procuré un mieux sensible, toutefois l'anesthésie acoustique subsiste encore. L'examen négatif de la membrane tympanique pouvait faire songer à une sclérose qui, petit à petit, aurait dégénéré en surdité.

ZWILLINGER. — Le principal est que le muscle crico-thyroïdien droit est paralysé, je ne puis partager l'opinion de M. Nemaï suivant laquelle la corde vocale paralysée siège plus haut que la corde saine. J'observe la maladie depuis son début et puis m'assurer de la différence de niveau qui s'est arrêtée depuis le traitement d'autant mieux que je vois fréquemment le malade. La différence a toujours été minime. En ce qui regarde les remarques des otologistes, je considère la surdité comme d'origine basilaire, uniquement parce que les autres paralysies proviennent de cette source.

NEMAI. — Je dois répéter que la corde vocale paralysée siège plus haut. Ceci ne prouve rien, mais doit être vu.

ZWILLINGER prie ses collègues présents d'examiner le malade afin de s'éclairer sur ce point.

IRSAI et POLYAK trouvent que la corde vocale saine est située un peu plus haut.

2. STIPANITS. — **Ablation du cornet inférieur.** — L'auteur présente un malade et décrit l'extirpation sanglante du cornet inférieur. Il emploie la plupart du temps les ciseaux, mais quelquefois aussi la pince à enlever les esquilles. L'opération est pratiquée de la façon suivante. Après avoir lavé le nez au

moyen d'une faible solution de sublimé et anesthésié avec de la cocaïne à 10 ‰, on enlève le cornet, selon les cas, partiellement ou en totalité. L'hémorrhagie qui est à peine sensible, est arrêtée pendant l'opération par une solution d'alumnol. Après le nez est bourré de bandes de gaze iodoformée, ce tampon est changé 2 ou 3 fois par jour. La guérison se manifeste en 8 à 10 jours, même lorsque des parcelles osseuses ont été extraites. L'auteur pratique cette opération préliminaire lorsqu'il a affaire à une hypertrophie prononcée des cornets inférieurs, où les moyens doux échouent et où il faut intervenir rapidement. Lorsque l'opération est nécessaire, S. est un adversaire décidé de la galvanocaustie, car il ne peut s'expliquer que dans les cas où la cautérisation est utilisable, on ne puisse se servir de son procédé, et s'il doit provoquer une plaie, il préfère qu'elle soit due à une intervention chirurgicale au moyen d'un instrument tranchant, qu'au cautère qui produit des plaies ne se cicatrisant que par la suppuration. D'autre part, il est beaucoup plus rationnel de guérir le malade en 8 ou 10 jours, même par un traitement plus énergique, que de le faire traîner durant 2 à 3 mois. L'auteur trouve que son procédé offre comme avantages que l'ablation est radicale et son degré est entre nos mains; le malade est débarrassé en une seule séance; et surtout que la guérison est plus prompte que par tout autre moyen.

#### *Discussion.*

POLYAK. — Je crois que ce procédé sera appliqué rarement, seulement lorsqu'en pratiquant des opérations il y aura des parties du cornet qui demeureront cachées. Il est à craindre que l'hémorrhagie envahisse la face et qu'elle interdise l'opération en une fois; car l'opérateur ne pourrait se rendre maître de la situation. En ce cas il serait préférable de recourir à l'anse froide. Dans le traitement des hypertrophies, ce moyen ne peut substituer la galvanocaustie, d'autant moins qu'il ne s'agit que de donner au malade de l'air par le nez en quantité suffisante et non trop grande, et avec le ciseau il est à craindre que le méat nasal s'agrandisse trop et les affections qui s'ensuivent ne sont pas indifférentes pour le malade. Je regarde aussi comme un grave inconvénient de devoir tamponner le nez durant des journées entières à la suite de l'opération.

STIPANITS. — Avec les ciseaux, je puis toujours dilater à mon gré le méat nasal.

3. NÉMAL. — Cicatrices laryngiennes consécutives à des destructions tuberculeuses prononcées. — Mon malade est une preuve de la tournure favorable que prend quelquefois la tuberculose laryngée. Il existe depuis plusieurs années une phthisie pulmonaire qui est également enrayée. Le malade n'a pas de fièvre. Au laryngoscope on distingue des pertes de substance étendues de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique droit, ainsi que de la corde vocale droite, qui n'est pas ulcérée, mais bosselée. L'épiglotte et le repli sont détruits de telle sorte qu'on peut faire des insufflations au travers de ce qui reste de l'épiglotte, ou introduire le pinceau dans le larynx. Le plancher détruit forme partout un tissu cicatriciel solide. Toutefois le cartilage aryténoïde droit est infiltré et la tuberculose laryngienne ne peut être considérée comme guérie. Malgré sa corde vocale bosselée, le malade parle avec une voix enrouée, mais assez distincte. Il n'existait pas trace de syphilis, du reste, le malade nie l'avoir eue et son affection laryngée a été soignée en province par des insufflations d'iodoforme.

#### *Discussion.*

ZWILLINGER. — En dépit de la cicatrisation, le pronostic de ce cas est très mauvais, car non seulement les cartilages aryténoïdes, mais encore les parties avoisinantes sont infiltrées, ce qui est fréquent au cours d'affections tuberculeuses. En ce qui concerne la cicatrisation, nous sommes souvent témoin de semblables prodiges ; j'ai vu un cas d'infection tuberculeuse avancée de l'épiglotte qui fut soigné par des insufflations d'iodoforme et de morphine et régresa en six mois.

4. SZENES. — Carie mastoïdienne consécutive à l'influenza (présentation de malade). — Collégien de 15 ans, tomba malade le 5 septembre par de la céphalalgie, sensation de faiblesse générale et fièvre à 39 et 39,5. Le lendemain douleurs lancinantes au fond de l'oreille gauche, le jour suivant dans l'oreille droite, qui décident le jeune homme à me faire chercher le 8 septembre. A ce moment on constata une *otite moyenne aiguë* bilatérale avec une hyperémie très diffuse des deux cavités tympaniques, qui résista à des instillations de glycérine phéniquée à 15 % et le lendemain apparut une suppuration profuse de l'oreille gauche, le surlendemain la droite fut également atteinte. Depuis le début de l'otorrhée, le malade n'eut qu'un léger accès de délire,



mais à l'exception des signes de Trousseau, il n'existait aucun symptôme méningitique. A partir du 10 septembre, en raison de l'écoulement extraordinairement abondant, on insuffla pendant deux heures une solution de lysol dans les deux oreilles, on fit des applications de glace sur la tête et les oreilles, la fièvre alla en diminuant jusqu'au 12 septembre où elle abandonna tout à fait le malade. Malgré la disparition de la fièvre, les autres symptômes de l'influenza reparurent, surtout les manifestations bronchitiques, et lorsque je revis le malade le 18 septembre il se plaignait principalement de l'abaissement de son ouïe et de l'otorrhée bilatérale profuse. Les deux membranes tympaniques présentaient dans leur partie postéro-inférieure une large perforation, mais les apophyses mastoïdes étaient absolument indemnes. Au bout d'un mois entier, le 18 octobre, le malade revint me voir, bien que la suppuration du côté droit eût cessé depuis déjà trois semaines, et que l'audition fut normale, l'apophyse mastoïde gauche était tuméfiée et œdématisée. Dans le fond du conduit auditif externe gauche se trouvait une petite quantité de pus collecté, on l'enleva et on s'aperçut que la lacune de la portion postéro-inférieure de la membrane tympanique persistait, tandis qu'à droite la membrane du tympan tout à fait normale ne portait pas traces de maladie. L'application immédiate de glace sur l'oreille gauche amena la cessation totale du gonflement, ainsi que je m'en assurai le 25 octobre, mais il subsistait un faible écoulement de l'oreille. Le malade cessa l'application des épithèmes, et se représenta à ma consultation le 8 novembre, l'apophyse mastoïde gauche étant de nouveau enflée; les épithèmes ne firent pas céder cette hypertrophie et le 11 novembre le malade entra à l'hôpital Israélite pour y subir la trépanation mastoïdienne.

A son entrée, le pavillon de l'oreille gauche était légèrement incliné en avant, l'épiderme de l'apophyse mastoïde tuméfiée était rouge et au milieu se dessinait une surface grande comme un liard, indice de la fluctuation; la percussion de même que la méthode d'auscultation recommandée par Okuneff révélèrent que toute l'apophyse mastoïde était affectée. Pouvoir auditif normal à droite, à gauche O pour la montre, les sons du diapason profond ne parviennent qu'à travers les os, les sons élevés par la conduction aérienne Weber +, Rinne à gauche.

Après le détachement des parties molles, on retira avec un peu de difficulté le périoste faiblement épaissi au moyen de l'élévateur, et c'est seulement après l'ablation totale de l'écorce



que la carie étendue apparut ; on trouva dans l'antre une petite quantité de pus épais, mais de nombreuses granulations fongueuses. Lorsque toutes les parties malades eurent été extraites, on bourra la plaie de gaze iodoformée, mais par suite des deux heures d'anesthésie, le malade passa une nuit tant soit peu agitée (l'opération avait duré de 6 à 8 heures du soir), le matin il se trouva bien et se leva. Cinq jours après, le 16 novembre, on renouvela le premier pansement, l'oreille était parfaitement sèche, et l'ouïe était tellement améliorée que la montre était perçue à 5 centimètres, Rinne + pour les sons élevés du diapason et — pour les sons bas. Le 19 novembre on changea de nouveau le pansement, le malade quitta l'hôpital et revint se faire soigner à la consultation.

Dix jours se sont écoulés jusqu'au moment de la présentation, le malade est tout à fait bien, son teint s'améliore journellement et l'on espère en une guérison complète au bout de quelques semaines avec cicatrisation de la plaie opératoire. La destruction colossale de l'apophyse mastoïde démontre au mieux quels ravages peut causer l'influenza.

L'intérêt de ce cas consiste en ce que l'influenza s'installa d'abord dans le conduit auditif, et que si l'affection de la caisse était égale des deux côtés, un traitement bilatéral analogue n'a totalement guéri que le côté droit, tandis que l'apophyse mastoïde gauche se prit ; malgré ces nouveaux accidents tardifs, le malade n'eut de fièvre que dans les premiers jours, ensuite il en fut débarrassé. L'opération avait été précédée de sensibilité au toucher et de douleurs spontanées dans la mastoïde gauche mais depuis l'intervention la plaie est insensible même lorsqu'on appuie fortement.

#### *Discussion.*

KREPUSKA. A ma connaissance, ce n'est que très rarement que les otites moyennes suppurées aiguës, surtout dues à l'influenza, lorsqu'elles sont soignées d'une façon rationnelle donnent lieu à des inflammations mastoïdiennes. Il faut admettre que chez le malade de Szenes, la rétention purulente qui est survenue pendant les quatre semaines d'interruption du traitement a favorisé l'affection de la mastoïde qui ne pouvait guérir que par une opération.

BOEKE. Dans ce cas on doit attribuer l'origine de la maladie à l'influenza qui provoque l'otite moyenne et peut aussi se pro-

pager plus loin ; on ne sait pas exactement jusqu'à quelle profondeur. D'habitude elle se borne à la cavité tympanique, très rarement elle pénètre dans l'antre. Je m'en tiens à l'idée que par un traitement approprié, nous pouvons guérir l'otite de l'influenza sans opération, et si l'otite gagne l'antre, c'est que le malade est coupable de négligence ou que l'on a commis une erreur de traitement.

En ce qui concerne l'opération dans ce cas, elle a parfaitement réussi.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Audition**, par GELLÉ (*in Dictionnaire de physiologie* du professeur Richet).

Il suffit de rappeler la compétence de l'auteur en matière d'otologie, ses nombreuses et patientes recherches dans le domaine de cette branche spéciale pour convaincre de l'importance de ce travail quiconque s'occupe d'audition.

M. G. donne d'abord quelques notions générales d'acoustique indispensables à quiconque veut entrer dans les détails du fonctionnement de l'organe de l'audition. A signaler ici son appareil ingénieux servant à mesurer la durée de l'excitation nécessaire à l'audition. Après les qualités du son, hauteur, intensité, timbre, l'auteur étudie les harmoniques de la voix, le rôle d'appareils de résonnance attribué aux cavités pharyngées, nasales et buccales. Nous ne le suivrons pas dans ses développements sur la parole articulée, et nous arrivons ainsi à la physiologie de l'organe auditif.

D'accord avec le plus grand nombre des physiologistes, M. G. accorde au pavillon un rôle important dans l'orientation au bruit, et motive cette opinion sur des expériences personnelles. Le conduit auditif externe est un tuyau plein d'air ayant une résonnance particulière et faisant à son tour ressortir quelques harmoniques ; la douceur des sons transmis tient à la constitution même du canal fibro-cartilagineux, élastique dans sa portion externe, et osseux seulement à l'intérieur ; les courbures

n'ont aucune action sur l'audition. Chaque oreille veille sur une partie séparée de l'horizon, et pour montrer quel degré de finesse les oreilles possèdent et quelle faible différence entre deux sons suffit à les latériser à droite ou à gauche, M. G. a recours à l'expérience suivante :

Un tube interauriculaire est adapté aux deux méats et son anse est passée derrière le sujet ; au milieu de celle-ci un trait est tracé ; le diapason passe t-il à droite ou à gauche de ce trait médian, le sujet annonce que le son est perçu par l'oreille droite ou par la gauche immédiatement, comme si l'on pinçait le tube du côté opposé.

Indépendamment des vibrations de l'air extérieur, l'air du conduit est ébranlé aussi par les vibrations des solides de la tête. Passons des expériences intéressantes pour arriver à l'oreille moyenne.

Etudiant le mode de transmission de la vibration à travers la caisse du tympan, l'auteur expose le rôle et les qualités spéciales de la membrane du tympan. Le manche du marteau a réuni et comme canalisé les ondes sonores récoltées par le tympan, et les propage aux osselets jusqu'à la platine de l'étrier ; la chaîne oscille comme un corps rigide, faisant ainsi un seul mouvement de totalité, transversal. M. G. ne pense pas que cette opinion suffise pour comprendre la faible étendue des déplacements subits par l'étrier, alors que certaines ondes aériennes ont un mètre et plus de longueur ; il croit qu'il s'ajoute à la théorie proposée cette condition toute spéciale de la propagation des sons par les solides, qui consiste dans la déformation insignifiante que subissent les tiges solides par le passage des vibrations longitudinales. Ainsi, de la sphère aérienne énorme où l'oreille a puisé les vibrations, l'appareil de transmission les a isolées, concentrées, et atténuées pour les mettre en rapport avec l'organe sensible. Pour l'auteur, le léger mouvement par lequel l'étrier glisse dans la fenêtre ovale n'excède pas  $\frac{1}{10}$  de millimètre. Les ondes sonores entrent dans le labyrinthe par une seule voie, par l'étrier, elles n'enpruntent donc pas la voie de la fenêtre ronde.

Nous passons les paragraphes sur la mobilité de la chaîne des osselets, l'axe de rotation, les ligaments du marteau, les mouvements du manche du marteau et du tympan se communiquant à l'enclume et, par cet osselet, à l'étrier, et nous arrivons aux mouvements de l'étrier, que l'auteur a étudié avec un attachement particulier, dont le résultat a été la découverte de

l'épreuve des pressions contripètes ou épreuve de Gellé. J'ai indiqué les notions physiologiques sur lesquelles repose cette épreuve, la manière de la pratiquer et les déductions que l'on peut en tirer dans l'analyse détaillée de la thèse de Georges Gellé parue ici même en janvier. Comme corollaire à l'épreuve des pressions centripètes, nous avons l'épreuve des réflexes d'accommodation binauriculaire, dans laquelle l'audition à droite est influencée par les pressions exercées sur l'oreille gauche. Le muscle de l'étrier est considéré par l'auteur surtout comme un appareil actif de protection du sens de l'ouïe.

Après l'intéressante question de l'aération de la caisse qui est exposée ici en détail, l'auteur arrive à l'oreille interne.

Nous ne rappellerons pas la marche du courant vibratoire admise par la plupart des physiologistes. L'utricule et le saccule paraissent être les parties fondamentales de l'organe sensible ; les autres segments du labyrinthe membraneux sont des appareils de perfectionnement en rapport avec d'autres besoins fonctionnels plus élevés. L'auteur a pu, au cours de recherches sur le limaçon, le détruire par le broiement sans provoquer la surdité des cobayes ; celle-ci n'apparaissait que par suite du travail inflammatoire consécutif au traumatisme, et, en ce cas, il trouvait le vestibule envahi et altéré.

Le limaçon est sans doute le point de départ de l'analyse des sons, de leurs associations, de leur formation en groupes simples. Quant à l'action des vibrations sur les éléments sensitifs de la cochlée, la théorie généralement admise aujourd'hui est celle de Helmholtz qui pensa que c'est par les vibrations des fibres radiées (cordes de Hensen, de Nuel), que l'ébranlement est porté aux extrémités nerveuses. Ici, transcrivons l'opinion de M. Gellé :

« Pour moi, la propagation des vibrations se fait par le liquide inclus ; elles circulent dans les rampes et frappent les éléments cellulaires ciliés à leur passage au-dessus de la crête acoustique saillante.

Le choc est celui des ondes liquides ; et c'est leur action directe sur les plateaux ciliés qui donne lieu à la sensation. Les cils qui forment un champ mobile à la surface de la crête, baignant dans le liquide endolymphique, en suivent le mouvement vibratoire que les ondulations de la membrane de Corti accroissent sans doute : ainsi se fait l'excitation, à mon avis. »

Des nombreuses expériences destinées à rechercher le rôle des canaux semi-circulaires que l'auteur expose et discute, il dégage l'opinion que l'organe de l'ouïe de l'homme transmet au

sensorium commun, en plus des sensations acoustiques, des sensations centripètes de pression, de choc, de travail enflu, en rapport avec l'énergie vibratoire d'où naissent les excitations centrifuges les plus diverses. « Mais, parmi celles-ci, il en est d'un ordre particulier, souvent tutélaire, d'une importance générale et primordiale, où la cérébration, quelque développées que soient les facultés, ne joue pas le premier rôle, où la volonté ni l'éducation n'interviennent pas encore, qui préexistent aux manifestations de la mémoire et de l'intelligence : ce sont celles-là que l'excitation des canaux semi-circulaires provoquent par action réflexe, soit pour accommoder l'organe à la fonction, soit pour protéger l'individu, l'aider, le défendre. »

Après le rôle physiologique du liquide labyrinthique, de l'aqueduc du limaçon, M. G. étudie le nerf auditif, son trajet, ses origines apparente et réelle, sa distribution, sa structure. Il s'arrête aux noyaux de l'auditif pour examiner leurs rapports avec les divers centres nerveux ; il discute le centre nerveux de l'audition, traite de l'accommodation synergique des deux organes dans l'audition binaurculaire, du réflexe d'accommodation biotique, du foyer ou centre réflexe oto-spinal. L'innervation de l'oreille amène à parler du rôle de la cinquième paire, du facial, du glosso-pharyngien, du pneumogastrique et du spinal, du plexus tympanique, du nerf de Wrisberg et du ganglion otique. Au sujet des centres trophiques de l'oreille, des centres vasomoteurs, l'auteur cite les belles expériences de Claude Bernard. Après les sensations acoustiques, leur perception, l'attention, la mémoire, l'imitation, l'éducation, la phonation identique, la mention des centres d'associations motrices des mouvements coordonnés de l'œil et du pavillon auriculaire, l'étude de la perception centrale, l'auteur passe en revue les appareils de l'audition dans la série animale. Dans une simple analyse, nous ne pouvions le suivre dans tous ces détails, et nous avons dû nous contenter d'en nommer les têtes de chapitres.

En terminant ce petit travail il nous reste à reconnaître que la place prépondérante qu'occupe M. Gellé dans l'otologie le désignait pour l'élaboration de cet article, où il a eu une fois de plus l'occasion de montrer ses conceptions originales dans l'interprétation des faits et sa patiente ténacité dans l'exécution des nombreuses expériences qu'on lui doit.

L. EGGER.

**Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal**, par le D<sup>r</sup> Marcel LERMOYEZ (*Bibliothèque de Thérapeutique médicale et chirurgicale de Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Paris, 1896. O. Doin, éd. 2 vol. d'environ 400 pages avec 146 fig.*).

Œuvre essentiellement personnelle, fruit de minutieuses observations et d'une expérience déjà grande, le travail de Lermoyez ne ressemble en rien aux traités didactiques rhinologiques. Un double but a présidé à la conception de cet ouvrage et a été réalisé de tous points par l'auteur : 1<sup>o</sup> établir d'une façon nette la technique à suivre dans notre spécialité ; 2<sup>o</sup> préciser les indications thérapeutiques de chaque affection et réglementer le traitement qui leur est applicable. Le mérite de L. est d'avoir dégagé et posé des règles fixes au milieu du chaos qui règne, il faut bien le dire, en rhinologie, où tout est incertain et variable dans les méthodes thérapeutiques, les procédés opératoires. De sa plume est sorti un véritable code rhinologique. Rien de théorique dans ce livre, composé uniquement en vue de la pratique ; le débutant ne pourra arguer désormais des difficultés de technique qui lui défendent les abords de notre spécialité, toutes lui sont nettement exposées et aplanies ; le spécialiste y trouvera des vues ingénieuses, des aperçus originaux, et, par dessus tout, ce qui nous manque peut-être le plus : la méthode.

Quatre parties composent cet ouvrage. La première est peut-être la plus intéressante, à coup sûr la plus neuve. Elle est consacrée à des généralités qui n'existent pas ou sont à peine ébauchées dans les traités. C'est tout d'abord la question de l'éclairage en oto-rhino-laryngologie, où la vue joue un rôle si important. L. passe en revue toutes les conditions nécessaires pour obtenir un éclairage aussi parfait que possible ; quelques principes élémentaires d'optique, des schémas très simples, une étude complète des miroirs faciliteront singulièrement à ce point de vue les premiers pas des rhinologistes. Suit un chapitre qui a trait à l'anesthésie. Spécialistes et médecins y trouveront tout ce qu'ils doivent savoir sur l'action physiologique, le mode d'administration, les accidents, les indications, les doses maniabiles de chaque anesthésique. Le bromure d'éthyle sera donné selon la méthode *apsychique*, ainsi que la désigne l'auteur ; suivent plus loin des conseils très utiles sur l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local. Nous n'insistons pas sur

l'asepsie en rhinologie qui a déjà fait l'objet d'un travail de L. dans ces *Annales*.

Le chapitre qui traite de l'électrothérapie sera lu avec le plus grand intérêt, car, outre le cachet personnel que lui a imprimé l'auteur, il présente une réelle originalité; ce sera la partie la plus appréciée des spécialistes et des médecins. Cette question d'électricité médicale qu'on ne trouve traitée nulle part et qu'on n'entrevoit qu'à travers de longues formules est ignorée de beaucoup d'entre nous. Sachons donc gré à L. de nous avoir donné et d'avoir su condenser en une soixantaine de pages toutes les notions qu'il nous est indispensable de connaître en électrothérapie. Point de formules ni d'appareils compliqués, une seule loi qui régit tout, la loi de Ohm. De nombreuses comparaisons, des faits très élémentaires nous font comprendre la définition des mesures électriques de leur application à la médecine. Avec quelques exemples très simples, L. nous fait résoudre tous les problèmes d'électricité pratique qui se posent à chaque instant: rougir un cautère, allumer la lampe à incandescence d'un photophore, pratiquer la galvanisation d'un muscle. Plus loin, l'auteur passe en revue les dispositions générales à toute installation électrique utilisée en rhino-laryngologie: il étudie la question des sources d'électricité, nous montrant la théorie des accumulateurs, l'utilisation des courants urbains. A chaque page, ce sont des conseils utiles, des précautions à prendre dans notre pratique journalière. L. s'attache à nous éviter toutes les fautes que nous sommes si souvent exposés à commettre et dont le résultat est la détérioration rapide des appareils et quelquefois des accidents plus sérieux.

Toutes ces notions pratiques posées, L. montre l'application de l'électricité à la cautérisation, à l'éclairage, au mouvement, à l'électrolyse, etc. Tous les principes élémentaires de la cautérisation sont longuement développés et il est vraiment difficile, après cette lecture, de ne pas avoir des idées générales et précises sur les sources électriques que l'on utilise, sur le fonctionnement des appareils que l'on emploie et sur les accidents qui peuvent survenir. Un exemple fréquent, dont la clef nous échappe souvent: tout est prêt pour une opération, le cautère ne rougit pas ou s'éteint. L. nous apprend à faire le diagnostic de la cause du non-passage du courant et donne un moyen pratique très simple pour déterminer quel est le point faible du circuit. A lire avec beaucoup de fruit tout ce qui a trait à l'éclairage. Un paragraphe spécial est réservé aux moteurs électriques

question toute d'actualité. Enfin, l'électrolyse est traitée d'une façon complète, le principe, l'action et le mode d'application de cette méthode, sont longuement exposés. Après un chapitre sur la galvanisation, le massage vibratoire termine cette première partie.

La seconde partie de l'ouvrage concerne la thérapeutique des maladies des fosses nasales, la troisième, des maladies des sinus de la face et la quatrième, du pharynx nasal. A propos de chacune de ces cavités, L. donne des indications pratiques sur la technique et l'exploration, insistant sur les difficultés d'examen, l'aspect normal de ces diverses parties, leur nettoyage, l'application locale des médicaments, la cocaïnisation, et de nombreuses considérations générales sur la cautérisation et les opérations courantes.

Chaque affection est précédée d'un court exposé symptomatique suivi du mode de traitement. Non seulement, le manuel opératoire de chaque intervention est minutieusement décrit, mais aucun détail n'est négligé dans les soins à prendre avant, pendant et après l'opération ou le pansement. Tout serait à citer dans cette thérapeutique spéciale. Pour ne pas sortir du cadre d'une analyse, disons que l'attention est surtout appelée sur l'emploi du trépan électrique dans les résections des éperons et crêtes de la cloison : c'est le traitement de choix à cause de sa rapidité, de sa facilité et de son indolence.

Le chapitre des rhinites chroniques est l'objet d'un long développement ; l'auteur insiste sur le grand rôle que jouent les diathèses, et il a l'occasion de montrer là ses connaissances en pathologie générale. La cautérisation galvanique appliquée à la rhinite hypertrophique est bien décrite. Plus loin, une étude de la syphilis nasale et enfin le manuel opératoire de l'ablation des polypes muqueux.

Dans la partie réservée aux sinus, on lira avec intérêt toutes les nouvelles méthodes chirurgicales des sinusites frontales et maxillaires. Ces dernières sont l'objet d'une étude clinique et d'indications opératoires très précises, sous forme de schémas. L. préconise la voie alvéolaire et il expose longuement la technique qu'il emploie.

A propos du pharynx nasal, L. développe tous les moyens d'exploration, avec schémas et étude très intéressante de la rhinoscopie postérieure et du toucher rhino-pharyngien. L'adénoïdite, question toute d'actualité, est l'objet d'une description détaillée. Enfin, l'auteur termine par un chapitre sur lequel il



s'appesantit longuement : les végétations adénoïdes. On y trouvera ses travaux récents et la grande discussion sur les végétations tuberculeuses dont il a établi le premier un type clinique bien défini. Il était difficile de mieux mettre au point la question de ces tumeurs, objet de tant de controverses et de mieux fournir les indications thérapeutiques qu'elles réclament.

Ces deux volumes, écrits dans une langue extrêmement concise, élégante et imagée, sont parsemés de schémas et de figures indiquant les principaux instruments employés en rhinologie ; ils constituent un des meilleurs traités de thérapeutique qu'ait produit la littérature spéciale française, dont la lecture s'impose au même titre qu'un traité de pathologie médicale, et dont une analyse ne donne qu'une imparfaite idée.

G. LAURENS.

---

## ANALYSES

---

### I. — OREILLE

**Influence du séjour au bord de la mer sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles**, par H. LAVRAND (*Arch. intern. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, N° 6, p. 346. Novembre-décembre 1893).

Le travail de l'auteur ne vise que les stations maritimes du nord de la France et du littoral belge : ce sont des plages froides et dures, qui donnent de bons résultats dans le traitement des affections chroniques du nez, de la gorge et des oreilles, à condition qu'on en excepte :

1° Les oreilles qui suppurent constamment ou par intermittences.

2° Les otites scléreuses avec bourdonnements d'oreille.

3° Les affections du nez et de la gorge chez les individus sujets aux congestions tuberculeuses et laryngées, ou les arthritiques excitables.

M. LERMOYEZ.

**Ablation de la membrane du tympan et des osselets**, par F. BULLER de Montréal (*Medical record*, 1895, vol. II, p. 386).

B. montre les avantages de l'ablation du tympan et des osselets dans les otites avec lésions osseuses. Faite par le conduit auditif externe cette opération est facile et exige à peine un jour de repos. L'écoulement beaucoup plus aisé est une bonne condition pour tarir la suppuration. Les lavages antiseptiques deviennent beaucoup plus efficaces. L'ouïe, quand il n'existe pas de complication labyrinthique, est très améliorée. D'ailleurs, ces otites non opérées sont une source permanente de danger pour la vie. Elles sont souvent suivies de méningites. La cause de ces méningites est souvent méconnue. Assez fréquemment même ces méningites elles-mêmes sont la source d'erreur de diagnostic et prises pour des fièvres typhoïdes. L'opération supprime ce danger permanent.

A. F. PLICQUE

**Abcès latent du cervelet consécutif à une otite chronique suppurée. Trépanation. Mort**, par L. MONNIER (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII. N° 6, p. 311. Novembre-décembre 1895).

Intéressante observation qui mène l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Lorsqu'après une trépanation suivie d'une amélioration réelle, on voit survenir des accidents cérébraux, mais sans phénomènes de localisation dans les hémisphères cérébraux, c'est vers le cervelet qu'il faut chercher le pus ;

2° La brèche osseuse devra, dans ce cas, être faite en arrière ; elle intéressera vraisemblablement le sinus latéral ; mais, un caillot fibrineux permettra assez souvent de passer sans trop d'hémorrhagie ;

3° Cette brèche devra également se diriger en bas, attendu que le cervelet est placé en déclivité dans le décubitus dorsal, et que, par là même, l'écoulement du pus se fait difficilement.

M. LERMOYER.

**Ouverture large attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne, avec énorme masse cholestéatomateuse. Mort par suite d'un abcès cérébelleux diagnostiqué avant l'autopsie**, par ANDÉRODIAS (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII. N° 6, p. 330. Novembre-décembre 1895).

Homme de 32 ans atteint d'otorrhée droite depuis trois ans ;

ressent depuis quinze jours de violentes douleurs au niveau de l'occiput. Un stylet porté dans la caisse pénètre dans une vaste cavité osseuse d'où un lavage avec la canule d'Hartmann fait sortir une grande quantité de masses nacrées d'odeur repoussante. Le 3 mai, Luc pratique l'opération de Zaufal, enlève la presque totalité de la paroi externe de l'apophyse et met à nu une masse cholestéatomateuse du volume d'une noix : curettage soigneux, au cours duquel se produit une paralysie faciale. Deux jours après, le malade est pris de vertiges et de vomissements : et le 20 mai il succombe après un court coma.

Luc admit que la mort était due à un abcès du lobe droit du cervelet, fondant le diagnostic d'abcès sur la céphalée intense, sans élévation thermique, et le diagnostic du siège sur les vertiges, les vomissements, sur l'absence de principaux symptômes méningitiques et sur le fait qu'au moment de l'opération, il avait constaté une perforation de la paroi postérieure de l'antre mastoïdien, laissant le sinus latéral à découvert, région par laquelle il est aujourd'hui bien établi que se fait l'infection du cervelet dans le cours des otites suppurées.

L'autopsie confirma absolument ce diagnostic. De l'hémisphère cérébelleux droit s'échappèrent quatre cuillerées de pus fétide. Il n'y avait ni abcès extra-dural ou cérébral, ni lésion du sinus latéral. Le rocher présentait deux perforations : l'une, grande comme une lentille, située immédiatement en dedans du sinus latéral et par laquelle le cervelet avait été infecté ; l'autre, de dimension double, occupant le toit de la caisse, mais, grâce à la protection de la dure-mère, n'ayant pas infecté le lobe temporo-sphénoïdal.

L'examen bactériologique dénota un abcès à pneumocoques.

A noter dans cette intéressante observation la faible réaction provoquée par cette destruction presque totale du lobe droit du cervelet, se traduisant seulement, pendant des semaines, par des douleurs occipitales sourdes, compliquées à la fin de vertiges, de vomissements ; à noter aussi le caractère foudroyant du dénouement, puisque la céphalée intense révélatrice ne s'était montrée que le matin même de la mort. M. LERMOYEZ.

**Sur la thrombose du sinus transverse d'origine otitique, par GRADENIGO (de Turin) (*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia*, ann. III, fasc. 4, 1895).**

L'auteur fait remarquer que si la technique opératoire des

complications intra-crâniennes de l'otite moyenne purulente est désormais bien établie grâce aux nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet dans ces derniers temps ; il n'en est pas de même pour le diagnostic précis qui laisse encore à désirer. Il serait donc à souhaiter que chaque cas nouveau fut publié. C'est pour cette raison que le Prof. Gradenigo a cru devoir rapporter les trois observations suivantes que nous ne pouvons que résumer succinctement ici.

**OBSERVATION I.** — Homme, 59 ans. Otite moyenne purulente gauche suivie de mastoïdite avec abcès sous-périosté. L'abcès est ouvert, il reste une fistule, et dix mois après le début le malade se présente à la clinique.

On constate alors : aspect cachectique ; faiblesse générale très grande ; pupilles égales, rien à l'ophtalmoscope ; vaste tuméfaction avec fluctuation profonde sur la moitié postéro-supérieure de l'apophyse et les parties voisines. Pas de fièvre.

Une première opération est pratiquée au cours de laquelle on trouve la veine mastoïdienne thrombosée et en ouvrant son canal, on arrive sur le sinus également thrombosé qui n'est pas ouvert. Les suites de cette opération furent bonnes.

Comme il restait une suppuration abondante du côté de la nuque où la peau était décollée, on fit une deuxième opération ayant pour but d'ouvrir largement cette cavité.

A la suite de cette seconde intervention, qui eut lieu un mois après la première, l'état s'aggrava et le malade mourut deux jours après.

*Autopsie.* — Thrombose du sinus transverse gauche ; infiltration du pus sous la pie-mère. — Œdème de la substance cérébrale. — Rien dans les ventricules. — Foyer purulent dans le cervelet, à la base de l'hémisphère gauche, près du bulbe, gros comme une noisette.

L'auteur fait remarquer que cet abcès du cervelet n'avait donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. Il pense qu'en face d'une thrombose du sinus, il y aurait lieu d'explorer la région du cervelet. Il se demande quelle influence a pu avoir la seconde opération, en réalité, peu importante ? Les quelques coups de maillet qui furent alors donnés sur la pointe de l'apophyse, ont-ils pu déterminer la rupture de cet abcès, comme l'ont prétendu quelques auteurs ?

**OBSERVATION II.** — Il s'agit d'une femme de 55 ans, amenée à la clinique dans un état très grave ; perte de connaissance, collapsus, etc. Cette femme a une otorrhée à droite depuis 12 ans. Elle

se plaignait, dernièrement, de douleurs dans la moitié de la tête. L'état de la malade devint de plus en plus grave et elle mourut au bout du deuxième jour.

**Autopsie.** — Pachyméningite hémorragique. Sinus latéral droit thrombosé. Abscess extra-dural. L'infection s'est propagée à la cavité crânienne par le tegmen tympani qui est carié et présente une petite perforation et, de plus, par le sinus sigmoïde.

**OBSERVATION III.** — Homme 37 ans — otite moyenne purulente aiguë datant de un mois — mastoïdite et abcès sous-périoste datant de huit jours.

1° Antrectomie. L'état du malade s'aggrave.

2° Couronne de trépan mettant à nu le sinus transverse qui est thrombosé. Ablation du thrombus. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

Dans ce cas les seuls symptômes constatés furent la fièvre et la rigidité de la nuque. Il n'y eut ni frissons, ni aucune différence de réplétion des veines superficielles du cou, etc.

H. DU P.

#### **Morbo-syndrôme et vertige de Ménière. Neurasthénie et vertiges.**

**Vertiges auriculaires. Diagnostic différentiel**, par le Prof. V. COZZOLINO (de Naples) (*Gazzetta medical di Roma* 1895).

Le Prof. V. Cozzolino a consacré six leçons pendant l'année scolaire 1894-1895 à l'étude du syndrôme de Ménière et au diagnostic différentiel des vertiges. Tout ce qui a trait à cette question y est donc approfondi. Nous ne pourrions à regret que signaler ici les points principaux de cet important travail en suivant l'ordre même des différentes leçons.

L'auteur donne d'abord l'observation d'un cas clinique type concernant une jeune fille de 14 ans. Il retrace ensuite l'histoire de la découverte de la congestion apoplectiforme du labyrinthe et définit très exactement ce que l'on doit seulement appeler « Syndrôme de Ménière ».

Dans la seconde leçon il expose les formes de cette maladie, les symptômes précurseurs et leur importance diagnostique, les caractères cliniques, la marche, la durée et les résultats des recherches anatomo-pathologiques.

Dans la troisième leçon il examine les diverses variétés de vertiges et donne les caractères propres à chacun d'eux : vertige labyrinthique, auriculaire simple, épileptique, a stomaco læso.

Il étudie ensuite le mal de mer, qui est pour lui un trouble

fonctionnel des ampoules des canaux semi-circulaires, les vertiges d'origine toxique, cérébrale, neurasthénique, laryngée, nasale... etc.

Dans la cinquième leçon il passe en revue les caractères différentiels de ces vertiges et l'influence de la neurasthénie sur leur développement. Il décrit l'oto-neurasthénie pulsatile, qu'il considère comme une branche de la neurasthénie angio-paralytique, et qui donne lieu à des battements dans diverses régions, creux épigastrique, tympan, etc...

Il termine par l'étude thérapeutique de ces différents vertiges.

En résumé, les leçons du Prof. V. Cozzolino forment un ensemble complet, sur tout ce qui peut intéresser l'otologiste et le médecin sur la question si vaste des vertiges. On y trouvera très clairement et très savamment résumées toutes nos connaissances actuelles sur ce sujet.

H. DU F.

## II. — NEZ ET SINUS

**Les maladies du nez et de la gorge comme cause de gastrite chronique glandulaire**, par FENTON TURCK, de Chicago (*New-York méd. journal*, 23 novembre 1895).

T. démontre par une série de faits cliniques la fréquence des inflammations chroniques gastro-intestinales chez les sujets atteints d'affections de la bouche et du naso-pharynx. Ce fait clinique est confirmé par ce fait bactériologique que les micro-organismes trouvés dans la gastrite sont les mêmes que ceux qui entrent dans la bouche et le naso-pharynx. Dans quatre cas on obtint des cultures pures des micro-organismes suivants, pneumo-bacille de Friedlander, streptocoque, staphylocoque aussi bien par le mucus du naso pharynx que par celui de l'estomac. L'examen bactériologique du mucus de l'estomac sain, quoique montrant de nombreux micro-organismes, ne montre pas, en général, ces espèces pathogènes. D'ailleurs, les mêmes micro-organismes peuvent être dans le naso-pharynx tantôt inertes et tantôt pathogènes, comme le montrent les résultats des inoculations sous-cutanées ou extrapéritonéales.

A. F. FLICQUE.

**Polypes muqueux des fosses nasales**, par LAGOARRET (*Annales de la policlinique de Toulouse*, octobre 1893).

L'auteur relate deux observations intéressantes de polypes du nez.

Dans le premier cas le polype était unilatéral, unique, et d'un volume tel qu'il obstruait complètement la fosse nasale gauche, et les choanes des deux côtés. Il ne put être éloigné qu'après qu'on eut préalablement morcellé la partie antérieure par la voie antérieure, et l'extrémité pharyngienne par la voie buccale, après l'avoir dégagée au moyen du releveur du voile.

La seconde observation a trait à un polype qui s'est sphacélé, fait qui paraît provenir du traumatisme qui résultait des efforts faits par le malade pour désobstruer les narines en se mouchant violemment ; il y a eu torsion ou déchirure partielle du pédicule.

L. EGGER.

**Du polype dit hémorrhagique du septum nasal**, par le Dr W. FREDENTHAL (*Annals of ophthalmology and otology*, vol IV, n° 3, juillet 1893).

On sait que, sous la dénomination de « polype hémorrhagique », on entend une tumeur siégeant, en général, sur la portion antérieure du septum. Cette tumeur, qui n'est pas un polype, mais un angiome ou une de ses variétés, a été décrite d'abord par Victor Lange et Schadowaldt. Elle semble être rare, si l'on considère le nombre restreint des observations publiées jusqu'ici, (à peine une vingtaine). Bien qu'elle ait été rencontrée le plus souvent chez des femmes, l'auteur fait remarquer qu'elle n'est pas en relation avec les troubles de la menstruation, et que la véritable cause doit être rapportée aux traumatismes.

L'auteur donne ensuite la relation d'un cas qu'il a pu observer avec soin.

Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, ayant des épistaxis depuis huit mois. Elle attribuait la cause de ces saignements de nez très abondants et très souvent répétés à une chute de voiture. Sur la partie antérieure du septum on pouvait voir une petite tumeur ronde, rouge bleuâtre, qui saignait au moindre attouchement. Cette jeune fille devint très anémique, et, de plus, elle s'affecta moralement, s'imaginant que cette tumeur était un cancer. Sa sœur, en effet, était morte, deux ans auparavant, d'un sarcome de l'amygdale.

La tumeur fut détruite par la cautérisation au galvano cautère et la guérison s'en suivit.

L'examen microscopique de quelques parcelles de cette tumeur démontra que sa structure était celle d'un angio-fibrôme.

H. DU F.

**Sarcôme des fosses nasales. Ligature des deux carotides externes**  
**Grande amélioration**, par M. LEDERMAN, (de New-York) (*Médical record*, 1895, vol. II, p. 77).

L'extension du sarcôme ne permettant pas l'ablation directe, on fit la ligature des deux carotides externes. La tumeur, au bout de trois mois était dans sa portion nasale diminuée des deux tiers. Elle était moins vasculaire, plus fibreuse, ne saignait pas. Le malade avait augmenté de vingt livres. Cette amélioration était telle qu'on renonça à l'opération radicale redevenue possible par la diminution.

L. rapporte deux autres observations ; la première est de Van Buren qui lia seulement la carotide droite. Le malade mourut le quatrième jour, mais le sarcôme avait déjà notablement diminué. La seconde est de Jarvis qui fit la ligature des deux carotides, réséqua le maxillaire supérieur et obtint la guérison.

A. F. FLICQUE.

**Un cas de fibrôme de la fosse nasale gauche**, par CH. KNIGHT  
 (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1895).

Il s'agissait d'un homme de 21 ans, présentant les symptômes d'un catarrhe nasal persistant depuis plusieurs années. A l'examen des cavités nasales, on put voir dans la fosse nasale gauche une tumeur ronde, pédiculée, implantée sur le cornet moyen. Elle était d'une couleur plus foncée et d'une consistance plus dure que les polypes muqueux ordinaires. Elle fut enlevée facilement à l'anse froide.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Jonathan Wright, montra que cette tumeur était un fibrôme pur, sans trace de tissu myxomateux ou autre.

H. DU F.

**Sur le diagnostic et le traitement des suppurations chroniques du sinus frontal**, par SCHECH (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd. III, Heft 1-2, p. 165).

L'empyème chronique latent du sinus frontal, la sinusite



pyorrhéique ou blennorrhéique de Kuhnt a des symptômes subjectifs et objectifs: la céphalée révèle le plus souvent le type de la névralgie sus-orbitaire violente, continue et moins vive ou paroxystique. Elle peut cependant manquer totalement.

L'accumulation de pus dans la cavité par suite d'obstruction du conduit, de la position (décubitus latéral ou dorsal) au travail, du séjour dans une atmosphère chaude, de l'usage du tabac, des alcools, exacerbe la douleur. Kuhnt invoqua en outre d'autres causes: irritation chronique du pus, sensibilité des parois osseuses, hyperémies des méninges, etc.

Mais ce n'est pas le symptôme caractéristique; plus importante est la sensibilité à la pression de la paroi antérieure et inférieure du sinus, et ce symptôme peut se retrouver aussi bien dans les cas rares et anciens, même en l'absence de douleurs spontanées. On peut, en outre, constater à la palpation des modifications de l'os et des parties molles: épaissement inflammatoire du périoste et même de la peau; saillie localisée de l'os, ces modifications surtout nettes à la paroi inférieure. La preuve de la transparence est très utile.

La rhinoscopie est assez variable, dans le cas récent, légère rougeur diffuse et épaissement de la muqueuse du cornet inférieur, dans les cas anciens, présence de granulations ou de polypes muqueux entre le cornet moyen et la paroi externe.

S. n'est pas partisan du lavage par les voies naturelles: absence de contre-ouverture, étroitesse de l'orifice, disposition irrégulière de la cavité, etc. Charge violente contre la méthode de Winckler: ouverture en passant entre le cornet moyen et le septum, qui conduirait surtout à travers la lame criblée vers la cavité crânienne, et ne fournirait en tout cas qu'un orifice étroit et mal situé et préconisation de l'ouverture par la paroi extérieure avec grattage et extirpation complète de la muqueuse du sinus.

PAUL TISSIER.

### III. — LARYNX ET TRACHÉE

**L'œdème du larynx en relation avec les maladies rénales**, par CARMELO ABATE (*Archivio internazionale delle specialita medico-chirurgiche*, fasc. 3, mars 1895).

En mars 1893, l'auteur eut à soigner à sa clinique un malade qu'on lui amenait en toute hâte. Il s'agissait d'un homme de

40 ans, présentant les symptômes caractéristiques d'une sténose laryngée grave. L'examen laryngoscopique, prudemment pratiqué, fit reconnaître un œdème énorme de l'épiglotte et des plis ary-épiglottiques. Des scarifications furent faites séance tenante, non sans difficulté. La respiration devint peu à peu plus facile et la trachéotomie, qui semblait nécessaire au début, put n'être pas pratiquée. Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine. L'auteur fait remarquer l'intérêt de cette observation au point de vue du diagnostic des causes de l'œdème du larynx. Cet œdème peut survenir dans beaucoup d'affections et apparaît plus fréquemment qu'on ne le croit, le larynx étant un organe où cette complication peut se manifester facilement. Il faut savoir le reconnaître, car la vie du malade dépend de la rapidité de l'intervention.

H. DU F.

**Œdème aigu du larynx d'origine palustre**, par E. B. BAYLIE de Dayton (*Medical record*, 1895, vol. II, p. 714).

L'impaludisme peut jouer un rôle dans l'œdème du larynx et Jacob Arnold a même décrit cette forme spéciale sous le nom d'épiglottite miasmatique. B en rapporte un nouveau cas. Le mal graduellement progressif alla en s'aggravant, malgré des cautérisations avec la solution de chlorure de zinc à 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, des astringents, des applications de glace. La trachéotomie allait s'imposer quand, en raison des paroxysmes presque périodiques, B. eut l'idée de prescrire la quinine à dose de un gramme par jour. Le résultat fut assez rapide dès la première dose pour que cette action spécifique démontrât la nature de la maladie. La fièvre céda aussi rapidement que l'œdème laryngé.

A. F. PLICQUE.

**Un cas d'œdème aigu primitif du larynx**, par L. LÉVI ET LAURENS (*Arch. Gén. de médecine*, Décembre 1895, p. 736).

Les auteurs citent, avec examen laryngoscopique à l'appui, une curieuse et intéressante observation d'œdème aigu primitif du larynx survenu brusquement chez un homme de 35 ans à la suite d'un refroidissement assez vif contracté dans une cave. Le malade ne présentait aucune cause appréciable de cette altération qui, débutant par de la douleur amenait en un jour une dyspnée violente, la trachéotomie près d'être pratiquée ne le fut pas et le malade guérit en quelques jours. Pas d'albuminurie dans ce cas.

A. G.

**Laryngite phlegmoneuse consécutive à une brûlure par inhalation de vapeurs médicamenteuses trop chaudes**, par BRUNETTI (de Venise). (*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laringologia*, ann. III, fasc. 4, 1895).

L'intérêt de cette observation réside dans le mécanisme de la brûlure. Il s'agissait d'un homme atteint de laryngite et auquel on avait prescrit des inhalations chaudes de créosote. Croyant bien faire, il plaça sa bouche aussi près que possible de l'appareil et inhala des vapeurs de créosote à une haute température. Peu de temps après des troubles respiratoires graves se manifestèrent. Sous l'influence de la cocaïne à haute dose et des pulvérisations au benzoate de soude l'état local s'améliora. Il existait une ulcération sur la face inférieure de l'épiglotte et deux autres sur les fausses cordes. Au bout d'un mois le malade était complètement guéri.

H. DU F.

**Laryngite tuberculeuse**. Leçon faite à la « Post-Graduate médical School » de New-York, par CH. KNIGHT (*International clinics*, vol. IV, série 4, 1893).

Cette leçon a pour objet l'étude des localisations de la tuberculose sur l'épiglotte. L'auteur montre à ses élèves un malade dont il retrace l'observation, et qu'il considère comme *probablement* atteint d'épiglottite tuberculeuse *primaire*, les poumons n'ayant été envahis que plus tard. Il recommande, pour calmer les douleurs si fréquentes dans ce cas, l'usage du menthol.

Il pense, en terminant, que si l'on était réellement en face d'un cas d'épiglottite tuberculeuse *primaire*, on serait en droit d'essayer l'excision de cet organe, comme on l'a déjà fait en Allemagne. On a observé, en effet, que les bandes ventriculaires, quand l'épiglotte n'existe plus, en remplissent les fonctions au moment de la déglutition.

H. DU F.

**Condylome syphilitique de la trachée**, par HARRISON GRIFFIN (de New-York). (*New-York méd. journal*, 1895, vol. II, p. 627).

Les faits de condylomes syphilitiques de la trachée sont assez rares. Dans le cas observé on voyait au laryngoscope pendant l'inspiration une masse volumineuse granuleuse irrégulière fissurée recouverte d'un enduit pultacé. Bien que le calibre fut rétréci la trachéotomie d'urgence parut un moment devoir s'impo-

ser. Mais un traitement ioduré intensif avec frictions mercurielles sur le cou amena en trois semaines la guérison.

A. F. PLICQUE.

**Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de cinq ans. Expulsion du corps étranger. Guérison,** par E. DE PRADEL (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII, N° 6, p. 351. Novembre-décembre 1895).

Le 4 juin 1894, une petite fille de 5 ans avale un caillou : durant la nuit, accès de toux rauque. Pendant deux mois il y eut des quintes de toux coqueluchoïde, s'accompagnant de vomissements glaireux ; le diagnostic de coqueluche fut porté à l'hôpital des Enfants Malades. Au bout de quatre mois, l'enfant, au plus fort d'une quinte, expectora un petit caillou de la forme d'un haricot ; à partir de ce moment la toux cessa. L'auteur pense que ce corps étranger a dû séjourner pendant tout ce temps dans un ventricule du larynx. L'absence d'examen laryngoscopique ôte à cette observation tout intérêt.

M. LERMOYER.

**Le syndrome de la toux rauque et de la voix claire dans le croup,** par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de therap. infant.* 2 janv. 1896).

S'observe assez généralement dans les laryngites diphthériques atténuées. Mais, dans des circonstances plus rares, la voix reste claire, lorsque les phénomènes de suffocation caractéristiques du croup ont apparu ; l'extinction de la voix ne doit donc pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'intervenir par le tubage ou la trachéotomie. Comment expliquer cette association qui paraît singulière au premier abord ? — Les résultats de trois observations avec examen nécropsique permettent de conclure que le syndrome *toux rauque et voix claire*, correspond à une intégrité relative des cordes vocales et à des exsudats membraneux minces et circonscrits dans le vestibule du larynx et dans le premier segment de la trachée.

Pourquoi, en outre, dans les trois observations que cite l'auteur, y a-t-il dans un cas seulement des phénomènes de suffocation imposant le tubage, le tirage ayant manqué chez les deux derniers, alors que les lésions anatomiques étaient fort semblables chez les trois malades ?

Il faut peut-être faire une part à l'excitabilité très variable de l'appareil nerveux laryngé, suivant les enfants. Ainsi, au-dessous de deux ans, les accès de suffocation sont plus fréquents qu'après

cet âge. L'élément spasmodique joue certainement un grand rôle dans la laryngite diphthérique.

L. EGGER.

**Sur un cas d'aphonie hystéro-traumatique**, par les Prof. L. BIANCHI et F. MASSEI (*Archivi italiani di laringologia*, Naples, Octobre 1893).

Il s'agissait d'une femme de 25 ans, appartenant à une famille de névropathes. Personnellement elle ne présentait ni n'avait présenté jusqu'alors aucun symptôme nerveux. Elle vint consulter le Prof. Massei, se plaignant de raucité de la voix et de troubles divers de la respiration survenus depuis quelque temps.

L'examen laryngoscopique fit reconnaître une tumeur insérée sur la corde vocale droite. Après son ablation, qui fut facile, la malade resta aphone. La tumeur récidiva et une seconde opération fut pratiquée. L'aphonie persista alors même que la cicatrisation était complète et qu'il n'y avait plus trace de tumeur. L'examen microscopique de ce néoplasme a montré que l'on avait affaire à un fibrome ordinaire très vasculaire.

Le larynx était donc guéri, mais contrairement à l'attente du Prof. Massei, l'aphonie persistait. Pensant alors à un phénomène d'hystéro-traumatisme, il essaya successivement la suggestion à l'état de veille, la faradisation locale et générale, la galvanisation du nerf vague, des récurrents et des cordes vocales, la franklinisation, l'hydrothérapie, etc... Tout fut inutile.

D'un autre côté, la malade ne présentait aucun symptôme hystérique, aucun trouble de la sensibilité, du champ visuel, etc.

Ce fut alors que le Prof. Bianchi tenta la suggestion hypnotique tant comme moyen de diagnostic que comme traitement. Il suggéra d'abord à cette personne qu'elle pourrait parler à haute voix pendant une heure, ce qui eut lieu en effet au réveil. Il augmenta progressivement la durée de la suggestion et à la quatrième séance il suggéra l'idée d'une guérison définitive. Le résultat fut complet et cinq mois après, cette dame continuait à parler à haute voix.

Les auteurs font remarquer que cette observation, à leur connaissance du moins, est la seule de ce genre qui ait été publiée jusqu'à ce jour.

H. DU P.

**Miroir laryngien désinfectable**, par G. CHUCINI (de Rome). *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso* (Florence, 1893, n° 11).

On sait que les miroirs laryngiens ordinaires sont difficile-

ment désinfectables, soit par la chaleur sèche, la chaleur humide, ou par les solutions antiseptiques, sans craindre d'altérer le tain de la glace. Pour remédier à cet inconvénient, le Dr G. Chiucini a fait construire un miroir dont le manche et la tige sont identiques à ceux des miroirs en usage. Le perfectionnement qu'il a apporté consiste en ce que le disque de verre est maintenu contre la plaque métallique par un anneau démontable. Il est alors facile de comprendre que, pour désinfecter l'instrument, il suffit de retirer le disque de verre, et que les parties métalliques, qui restent, peuvent subir impunément les différents procédés de désinfection. La surface de la glace est facilement désinfectée sans altérer le tain. Du reste, on peut avoir, pour plus de sécurité, plusieurs glaces pouvant s'adapter à la même monture. Ce perfectionnement très simple nous paraît très pratique et digne d'être recommandé. Nous souhaitons vivement que l'usage de ce miroir se généralise surtout dans les cliniques où tout particulièrement l'asepsie instrumentale doit être complète et rapide.

H. DU F.

**Le tubage du larynx**, par LOUIS MARTIN (*Bulletin médical*, 8 et 11 déc. 1895).

Mémoire très intéressant et indispensable à lire pour les praticiens qui veulent se familiariser complètement avec la question du tubage au point de vue pratique.

I. *Indications*. — Dans tous les cas où le larynx paraît obstrué. Si l'on n'a pas une grande habitude du tubage, se tenir prêt à faire la trachéotomie.

II. *Instruments*. — Description complète des instruments à employer; nombreuses figures expliquant le texte. L'auteur donne la préférence au tube court énucléable de Bayeux. Au pavillon Trouseaux, ces instruments sont maintenus constamment dans une poissonnière contenant une solution de borate de soude à 3 %; on les fait bouillir chaque matin et après chaque opération.

III. *Comment doit-on procéder au tubage?* — L'auteur en donne la technique précise, que nous renonçons à résumer; c'est la description brève et complète de M. M. qu'il faut lire, en suivant toutes les phases de l'opération sur les figures qui les rendent si compréhensibles. Comme dans tout cathétérisme, il ne faut jamais de force, jamais de violence. Il est très rare qu'on ne parvienne pas à franchir l'obstacle produit par le

spasme de la glotte. Trois fois seulement sur 72 observations, il a fallu pour ce motif recourir à la trachéotomie.

Une fois le tubage pratiqué, si celui-ci a été nécessité par le spasme de la glotte, la dyspnée cesse aussitôt. Mais s'il s'agissait de fausses membranes, le tube peut être obstrué par ces productions. Alors, ou bien la membrane est rejetée par le tube, à la suite des efforts de toux, et l'enfant est soulagé ; ou bien on sera obligé de détuber. Dans ce second cas, il arrive qu'avec le tube on ramène la membrane qui l'obstruait.

Malheureusement, ce résultat n'est pas toujours obtenu, et le malade peut ne pas être soulagé par le détubage. L'auteur s'est bien trouvé dans les cas de ce genre de combiner le détubage avec des injections intra-trachéales d'huile mentholée qui lubrifie la membrane et provoque la toux. Ce procédé et la répétition des tentatives de tubage ne doivent naturellement s'adresser qu'à des enfants assez résistants encore pour pouvoir répondre à ces excitations et rejeter les fausses membranes. Chez un malade très déprimé il y aura lieu de songer à la trachéotomie, lorsque le tube sera obturé par des fausses membranes.

IV. *Soins consécutifs.* — Placer le petit malade dans une chambre saturée d'humidité, lui laver la bouche deux fois par jour avec une solution à 5 % de liqueur de Labarraque.

Lorsqu'après le tubage, tout se passe pour le mieux, qu'après trois jours révolus la température est au-dessous de 38° le matin, le pouls entre 100 et 120 et la respiration normale, on peut enlever le tube. Lorsque la fièvre persiste le troisième jour, il est rare que l'on ne puisse pas détuber le quatrième jour.

Si l'enfant rejette lui-même son tube, dans un accès de toux, le premier jour, et qu'il asphyxie, remplacer le tube rejeté par un tube de calibre plus fort. L'expulsion spontanée le troisième jour ne déterminant pas de dyspnée, ne réclame pas la réintroduction du tube.

Une fausse membrane peut venir obturer le tube, non seulement immédiatement après l'intubation, mais aussi quarante-huit heures après. Si l'enfant ne rejette pas la fausse membrane par le tube et qu'il asphyxie, on fait le détubage, chose facile depuis que M. Bayeux a imaginé le procédé de l'énucléation qui peut être pratiqué même par une infirmière. Suit la technique complète de l'énucléation du tube, que nous ne pouvons reproduire faute de place.

V. *Parallèle entre le tubage et la trachéotomie.* — L'auteur fait

le procès de la trachéotomie et considère cette opération qui ajoute un traumatisme grave à la maladie générale comme une intervention de nécessité.

VI. *Rapports de la sérothérapie avec le tubage.* — Le sérum antidiphthérique, qui a la propriété de désagréger les fausses membranes et d'en empêcher la reproduction, est venu naturellement affirmer la supériorité du tubage, en rendant beaucoup moins fréquente l'obturation du tube qui, auparavant, était la complication la plus grave de la nouvelle méthode.

M. M., à l'occasion de la sérothérapie insiste sur l'importance de l'emploi combiné du sérum de Roux et du sérum de Marmorek : Tout enfant, dit-il, qui a, en même temps que de la diphthérie, de la broncho-pneumonie, doit recevoir immédiatement, en injection sous-cutanée dans la région habituelle (les hypochondres), 20 cc. de sérum antidiphthérique et 10 cc. de sérum anti-streptococcique, et cela, même avant d'attendre les résultats de l'examen bactériologique.

VII. *Conclusions.* — Les chiffres recueillis dans le service de M. Sevestre sont les meilleurs arguments en faveur du tubage dans le croup :

1° Avant la sérothérapie, de 1887 à 1894, le nombre des interventions a été de 36 %. Dans les six derniers mois, ce chiffre a été réduit à 14 %.

2° Pour les opérés, la mortalité, de 1887 à 1894, était de 77 %. Pendant ces six derniers mois elle est tombée au chiffre brut de 23,5 %, et en défalquant les cas arrivés dans un état désespéré à l'hôpital, elle atteint 13,5 %.

L. EGGER.

**Chute d'un tube d'O'Dwyer dans la trachée. Trachéotomie et extraction,** par C. O. MAYO (de Rochester) (*Med. record.*, 1898, Vol. II, p. 641).

Le tube était resté en place 48 heures quand sa chute dans la trachée eut lieu. On dut faire la trachéotomie d'urgence sans même avoir de canule trachéale à sa disposition. Après l'extraction du tube, il fallut près d'une heure de respiration artificielle. L'enfant guérit malgré une broncho-pneumonie septique. Malgré la rareté de cette complication, son éventualité et la possibilité d'une trachéotomie ultérieure possible, méritent d'être signalées.

A. F. PLICQUE.



**Deux cas de trachéotomie pour cellulite laryngée**, par T. C. EVANS de Louisville (*Med. record.* 1895, vol. II, p. 637).

Dans ces deux cas E. montre que le nom d'œdème de la glotte serait absolument impropre. C'est en effet sur le tissu cellulaire abondant des replis aryténo-épiglottiques, des bandes ventriculaires, de la face postérieure de l'épiglotte que portait l'infiltration. Il s'agissait d'ailleurs d'infiltration inflammatoire et non d'un simple œdème. E. croit d'ailleurs cet œdème localisé sans inflammation rare, et ne croit pas beaucoup dans tous ces cas de cellulite inflammatoire à l'efficacité des scarifications. L'intubation leur paraît très inférieure à la trachéotomie.

A. F. FLICQUE.

**Un cas de laryngectomie totale**, par le Prof. SOLIS COHEN (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 1400).

Le malade, un homme de 48 ans, est amené d'Amérique pour être présenté à la section de laryngologie de la Bristish Medical Association. En 1876 un papillôme du larynx a été enlevé chez lui par Lefferts; en 1886 seulement il survint une récurrence qui fut traitée sans succès par tous les moyens, enfin, en 1892, les troubles respiratoires et les douleurs obligèrent à recourir à la laryngectomie, la tumeur ayant traversé la paroi laryngée et faisant saillie dans le cou. Voici comment cette opération fut pratiquée : incision de la membrane hyo-épiglottique et section transversale au-dessous de l'épiglotte saine; le larynx fut ensuite attiré, soigneusement séparé de l'œsophage jusqu'à la base du premier anneau de la trachée, enlevé avec cet anneau, et enfin fixé aux lèvres de l'incision. Un tube stomacal fut, de plus, introduit par la plaie, mais il ne fut d'aucune utilité et il était gênant. Durant quatre-vingts heures l'opéré fut sans cesse sous la garde de médecins et plus d'une fois il aurait succombé sans cela, les mucosités venant obstruer la trachée; le tube stomacal fut rejeté la troisième nuit et laissé de côté depuis; au bout de cinq jours l'opéré commence à se nourrir par la bouche et l'on pouvait parfaitement voir l'œsophage s'ouvrir pour recevoir les liquides. Le rétablissement s'est fait très simplement, l'opéré se porte toujours bien, il respire librement par sa canule, il parle bien et peut même chanter sans le secours d'une glotte artificielle qui n'a jamais été essayée; seuls les efforts quelque peu considérables sont impossibles. M. N. W.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## FRANCE

## Bouche et Pharynx

**G. Variot.** Note sur l'angine diphthérique atténuée ou bactériologique (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 21 février 1895).

**L. Coësn.** De l'alalie idiopathique (*Rev. intern. de rhin. otol. et lar.*, 10 janvier 1895).

**H. Mendel.** De l'angine granuleuse (*Méd. moderne*, 27 février 1895).

**Bardach.** Etudes sur la diphthérie (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, n° 1, 1895).

**G. Duchesne.** Note sur quatre cas de diphthérie traités par la sérumthérapie (*Année méd. de Caen*, 15 février 1895).

**Martha.** La guérison définitive chez les diphthéritiques (*France méd.*, 1<sup>er</sup> mars 1895).

**G. Variot.** Observations sur les modifications de la température et du pouls consécutives aux injections du sérum anti-diphthéritique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, mars 1895).

**G. Variot.** Doit-on employer actuellement le sérum anti-diphthéritique comme procédé d'immunisation chez l'homme ? (*Journ. de clin. et therap. infant.*, mars 1895).

**Couton et Gasser.** Sur la recherche et la présence de l'albumine dans les urines d'enfants soumis aux injections de sérum anti-diphthéritique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 mars 1895).

**A. Sevestre et Meslay.** Note sur 179 enfants entrés au service d'isolement de la diphthérie à l'hôpital Trousseau du 1<sup>er</sup> au 25 décembre 1894 (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 mars 1895).

**R. Meslay et J. Vanverts.** De l'intubation du larynx dans le croup (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1895).

**L. Guinon et Rouffilange.** Un cas d'angine membranuse traitée par le sérum de Roux. Mort avec anurie et convulsions urémiques (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1895).

**Avellis.** Le traitement médicamenteux des maux de gorge (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 janvier 1895).

**P. Mermet.** Syphilides bucco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien (*Gaz. des hôp.*, 12 mars 1895).

**H. Hartmann.** Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant (*Mercure méd.*, 13 mars 1895).

**P. Le Gendre.** Réaction sérothérapique hyperthermique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.*, mars 1895).

**J. Comby.** La coqueluche à l'hôpital Trousseau (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mars 1895).

**L. Monnier.** Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi par le procédé Franck-Villar, pour remédier à un rétrécissement infranchissable de l'œsophage dû à l'ingestion de potasse liquide (*Gaz. des hôp.*, 14 mars 1895).

**F. Mounier.** De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorrhagie (*France méd.*, 15 mars 1895).

**G. Variot.** Le sérum antidiphthéritique est-il homogène? (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 15 mars 1895).

**Boisson.** Un cas d'angine diphthéritique traitée par le sérum antidiphthéritique de Roux et suivie de mort (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 15 mars 1895).

**Rappin.** Résultats du traitement de 46 cas de diphthérie par la sérumthérapie (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1895).

**J. M. Bleyer.** La nucléine en tant que protéide protectrice; son administration hypodermique aux différents stades de la diphthérie (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 février 1895).

**Paillard.** Etude sur la forme ganglionnaire et l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage (*Thèse de Paris*, mars 1895).

**L. Haskovec.** Note sur l'examen microscopique des organes de trois lapins morts de cachexie thyroïdienne (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol. 22 mars 1895).

**Tuffier.** Traitement chirurgical du goître exophtalmique (*Gaz. méd. de Paris*, 23 mars 1895).

**L. Goujon.** De l'atrophie des goîtres par la mise à l'air et parallèlement entre les opérations extra-thyroïdiennes et les interventions intra-thyroïdiennes (*Thèse de Lyon*, janvier 1895).

**Soulié.** Le sérum anti-diphthéritique à Alger. Sur la technique de la préparation en grand du sérum anti-diphthéritique (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 février 1895).

**M. Bourlier.** Rétrécissement de l'œsophage par un kyste hydatique du poulmon (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 février 1895).

**E. Escat.** De l'ablation de l'amygdale de Luschka; indications et contre-indications (*Arch. méd. de Toulouse*, n° 3, 1895).

**E. Gley et A. Nicolas.** Premiers résultats de recherches sur les modifications histologiques des glandules thyroïdiennes après la thyroïdectomie (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 29 mars 1895).

**Beausoleil.** Calcul de l'amygdale (*Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 17 février 1895).

**Moussous.** La diphthérie à l'hôpital des Enfants. 43 cas étudiés au point de vue bactériologique. 15 cas traités par le sérum anti-diphthéritique (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 mars 1895).

**Rousseau Saint-Philippe.** Diphthérie et sérumthérapie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 février 1895).

**Thouvenet.** Un cas de diphthérie infectieuse traité par les injections de sérum antidiphthéritique du Dr Roux. Guérison (*Limousin méd.*, 1<sup>er</sup> janvier 1895).

**Bérard.** Régression du goître exposé à l'air (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 31 mars 1895).

**A. Le Dentu.** De l'ostéotomie du maxillaire supérieur combinée avec la section de la cloison nasale, comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies (*Bull. méd.*, 3 avril 1895).

**G. Variot.** Quelques réflexions sur l'hyperthémie consécutive aux injections de sérum anti-diphthérique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 avril 1895).

**A. Sevestre.** Note sur quelques injections de sérum de cheval non immunisé (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 avril 1895).

**Wehlin.** Contagion de la diphthérie après la sérumthérapie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 6 avril 1895).

**Nicolas.** Exothyropexie pour goître suffocant (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 7 avril 1895).

**Bouglé.** Tumeur du corps thyroïde (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 1, janvier-février 1895).

**P. Raugé.** Les éléments du langage articulé (*La voix parlée et chantée*, mars 1895).

**G. Variot.** Observations de diphthérie associée à la tuberculose traitées par le sérum anti-diphthérique et suivies de mort (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 11 avril 1895).

**J. Nissim.** Des troubles de la parole dans les névroses (hystérie, chorée, paralysie agitante) (*Gaz. des hôp.*, 13 avril 1895).

**Tison.** La sérothérapie dans la diphthérie et le diagnostic bactériologique des angines (*Journ. de méd. de Paris*, 14 avril 1895).

**P. Mauclaire.** Notes sur la situation de l'isthme du corps thyroïde par rapport à la trachée (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 3, 1895).

**R. Couëstoux.** L'isolement dans la diphthérie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 20 avril 1895).

**Bérard.** Cas d'actinomyose péri-laryngo-œsophagienne (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 21 avril 1895).

**Porquet.** Note sur 13 cas de diphthérie traités par la sérumthérapie (*Année méd. de Caen*, 15 avril 1895).

**R. du Castel.** Lymphangiectasies de la muqueuse buccale (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, avril 1895).

**Romniceano.** La sérothérapie anti-diphthérique. Accidents (*Mercredi méd.*, 24 avril 1895).

**L. d'Astros et Engelbardt.** La sérothérapie de la diphthérie à Marseille à l'hôpital de la Conception (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 26 avril 1895).

**J. Sendziak.** Cas extraordinaire de syphilis des amygdales (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> mai 1895).

**F. Balzer.** Myxœdème traité par l'ingestion de corps thyroïde (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 20 avril 1895).

**H. Feulard.** Pyodermite impétigineuse de la face; stomatite; adéno-phlegmon du cou; albuminurie (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 20 avril 1895).

**G. Dieulafoy.** Tuberculose larvée des trois amygdales (Acad. de méd., séance du 30 avril, Paris 1895).

**Durand.** Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goître exophtalmique (*Thèse de Paris*, mai 1895).

**Collet.** Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres (*Thèse* de Paris, mai 1895).

**A. Cartaz.** Deux cas de lymphadénome de l'amygdale (Soc. franç. de lar. otol., Paris, 1<sup>er</sup> mai 1895).

**A. Raoult.** Des accidents inflammatoires de l'amygdale linguale d'origine dentaire et buccale (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 1<sup>er</sup> mai 1895).

**G. Thibierge.** Angine diphthéritique associée bénigne traitée par le sérum. Accidents toxiques (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mai 1895).

**C. Fauvel.** De l'emploi des solutions de chlorure de zinc dans les affections pharyngées et laryngées (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

**H. Mendel.** Amygdalite ulcéreuse chancriforme (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

**E. J. Moure.** De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

**A. Castex.** Exposé critique de quelques cas rares (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

**M. Boulay.** Sur deux cas de paresthésie du pharynx (Soc. franç. de lar. et otol., 4 mai 1895).

**G. Dieulafoy.** Prophylaxie et traitement des tumeurs adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales (Acad. de méd. de Paris, séance du 30 avril 1895).

**P. Heymann.** Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, mars-avril 1895).

**Ch. Leroux.** La stomatite aphteuse doit être dénommée stomatite herpétique (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 9 mai 1895).

**G. Duriau.** Technique de la sérumthérapie dans la diphthérie (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 11 mai 1895).

**Baudriller.** De l'angine granuleuse (*Thèse* de Paris, mai 1895).

**Michel.** Etude sur le diagnostic et le traitement de la diphthérie (*Thèse* de Paris, mai 1895).

**V. Cornil.** Tuberculose larvée des trois amygdales (Acad. de méd., séance du 14 mai, Paris 1895).

**R. du Castel.** Sur un cas de nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabès (Soc. franç. de derm. et syphil., Paris, 9 mai 1895).

**G. Variot.** Inefficacité du sérum anti-diphthéritique dans seize cas de diphthérie toxique suivie de mort (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 16 mai 1895).

## NOUVELLES

Le D<sup>r</sup> C. POLI a été nommé docent libre d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Gènes.

---

Notre collaborateur et ami le D<sup>r</sup> CORRADO CORRADI vient d'être nommé docent d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Turin.

---

Le *British Medical Journal* annonce la mort du D<sup>r</sup> A. RÜHLMANN, de Saint-Petersbourg, spécialiste bien connu pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge.

---

Le D<sup>r</sup> W. K. SIMPSON a été nommé chirurgien des maladies de la gorge à la *New-York Eye and Ear Infirmary*.

---

Le titre de Professeur a été décerné au D<sup>r</sup> HESSLER, privat docent d'Otologie, à Halle-sur-Saale.

---

Les D<sup>rs</sup> SZIOTIN et SZIMANOWSKI, professeurs extraordinaires à l'Académie de médecine militaire de Saint-Petersbourg, ont été promus professeurs ordinaires de médecine interne également chargés de la laryngologie.

---

Nous lisons dans le *Siglo medico* au programme des prix offerts pour 1897 par l'Institut médical de Valence que le D<sup>r</sup> P. CASANOVA promet un ouvrage de médecine et le titre de membre honoraire à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : *Complications crâniennes des otites suppurées réclamant une intervention chirurgicale*. Les mémoires écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien devront être adressés avant le 1<sup>er</sup> décembre prochain, au secrétaire général, D. MANUEL OLMOS, Santa Teresa 7, ou au secrétaire des séances, Cuarte 25 à Valence. Les prix seront décernés le 31 mars 1897.

---

La Section de laryngologie et otologie de l'Association médicale américaine a élu à Atlanta : *Président* : W. E. CASSELBERRY (Chicago) ; *secrétaire* : B. D. KYLE (Philadelphie).

---

Dans une lettre adressée au *Siglo medico*, le D<sup>r</sup> R. BOTRY, de Barcelone, annonce qu'il a été chargé par la section otologique du Congrès international de Moscou de faire un rapport comme représentant des otologistes espagnols. Il a choisi comme thème le *traitement des supurations attico-mastoldiennes et de leurs complications cérébrales*.

La Société médicale de l'État de Wisconsin a tenu sa 15<sup>e</sup> réunion annuelle à Madison, les 3, 4 et 5 juin 1896. Nous relevons au programme :

C. D. CONKEY (Superior). Soins des yeux, du nez et de la bouche du nouveau-né. — J. J. HOWARD (Columbus). Mesures pour préserver les médecins de la contagion des affections des voies aériennes. — A. S. MAXSON (Milton-Junction). Prophylaxie de l'amygdalite folliculaire. — J. P. THORNE (Janesville) et J. S. KOCH (Racine). Hygiène des fosses nasales, de la bouche et des amygdales. — C. W. ROOR (Milwaukee). Examen de l'audition des enfants des écoles. — T. T. HONGEN (Grand Rapids). Influence de la surdité sur le développement mental.

La Société autrichienne d'otologie s'est réunie les 23 et 29 juin en session extraordinaire, à Vienne, sous la *présidence* du Prof. J. GRUBER.

#### *Ordre du jour.*

URBANTSCHITSCH. Un cas de surdité psychique. — GRUBER. Un cas d'angiome du pavillon de l'oreille guéri par une opération avec démonstration de préparation microscopique. — POLITZER, BING, HRUBESCH et POLLAK présentent également des préparations. — SZENES (Budapest). Sur la valeur diagnostique du cône lumineux et d'autres réflexes lumineux de la membrane tympanique. — SPIRA (Cracovie). Sur une ostéite mastoldienne centrale ayant l'apparence d'une névralgie du trijumeau. — GRUBER. Etude des affections intra-crâniennes otitiques. — POLITZER. I. Symptômes complexes de Ménière dans une lésion traumatique du labyrinthe ; présentation de la coupe histologique. — II. Contribution au dégagement opératoire des cavités de l'oreille moyenne (opération radicale). — URBANTSCHITSCH. Traitement radical de l'oreille moyenne. — ALT. Affections labyrinthiques apoplectiformes chez les ouvriers en caissons. — POLLAK. Périchondrite séreuse de la cloison nasale. — GOMPERZ. I. Modification typique de la tension de la membrane du tympan dans les gonflements des trompes. — II. Etude sur l'occlusion de toutes les fentes de la membrane tympanique. — V. HAMMERSCHLAG. Mouvements de respiration et pulsations de la membrane du tympan.

Le Comité National allemand pour le Congrès de Moscou en 1897 s'est constitué à Berlin sous la *présidence* du Prof. VIRCHOW. En font partie : BARTELS, v. BERGMANN, v. COLER, EULENBURG, EWALD, B. FRAENKEL, GERHARDT, KOENIG, v. LEYDEN, A. MARTIN, PISTOR, POSNER, WALDEYER.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

**BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES.** Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

**PHOSPHATINE FALIÈRES.** Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY.** (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

**GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.**

**L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON,** tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

**SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD.** (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du D<sup>r</sup> Désiré).

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Sur les exostoses du conduit auditif externe, par E. BRAUNBERGER (Dissert. inaug., Strasbourg, 1896).

Traitement de la déviation du septum nasal cartilagineux, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 14 décembre 1895).

Trois cas d'abcès rétro-pharyngiens aigus, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. Eye and Ear infirm. reports*, janvier 1896).

Nouvelle méthode de mastoïdotomie radicale (antéro-latérale) et présentation d'opérés, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. dell. orecchio gola e naso*, n° 3, 1896).

Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, la cavité naso-pharyngienne et les cavités de l'oreille moyenne de cadavres de nourrissons et de nouveau-nés, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, n° 5, 1896).

Etude sur la médication thyroïdienne, par A. FLOURENS (Broch. de 32 pages, accompagnée de 12 figures en photographie, Impr. Gou-nouilhou, Bordeaux, 1896).

L'otite moyenne tuberculeuse, par H. MONSCOURT (Broch. de 70 pages, H. Jouve, Imprimeur, Paris 1896).

*Le Gérant : G. MASSON.*



